



Universidades Lusíada

Araújo, Ana Luísa Alves

Bem-estar subjectivo em crianças : relação entre os autorrelatos das crianças e os relatos dos pais e das mães

<http://hdl.handle.net/11067/3704>

Metadados

Data de Publicação	2017
Resumo	<p>Resumo: O Bem-Estar Subjetivo tem sido alvo de um crescente interesse para investigação em Psicologia. O estudo do Bem-Estar Subjetivo como um construto amplo e multidimensional, refere-se àquilo que as pessoas sentem e pensam sobre a sua própria vida, envolvendo respostas emocionais e domínios de satisfação. São poucas as investigações que procuram perceber a forma como os pais percecionam o bem-estar dos próprios filhos. Desta forma, a presente investigação visou avaliar o Bem-Estar Subjetivo...</p> <p>Abstract: The Subjective Well-Being has been the target of a growing interest for research in Psychology. The study of Subjective Well-Being as a broad, multidimensional construct, refers to what people feel and think about their own lives, involving emotional responses and domains of satisfaction. There are few investigations that seek to understand how parents perceive the well-being of their children. In this way, the present investigation aimed to evaluate the Subjective Well-Being self-re...</p>
Palavras Chave	Psicologia, Psicologia clínica, Bem-estar - Aspectos psicológicos, Avaliação psicológica, Teste Psicológico - Escala breve de satisfação com a vida (EBVS), teste Psicológico - Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social (EBSSS), Teste Psicológico - Escala de Tonalidade Emociona, Teste Psicológico - Escala breve de saúde mental (KIDSCREEN 10)
Tipo	masterThesis
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T02:28:54Z com informação proveniente do Repositório

Dissertação
para a obtenção
do Grau de Mestre em:
Psicologia Clínica



**BEM-ESTAR SUBJETIVO EM CRIANÇAS:
RELAÇÃO ENTRE OS AUTORRELATOS DAS CRIANÇAS
E OS RELATOS DOS PAIS E DAS MÃES**

Ana Luísa Alves Araújo

PORTO 2017



**Instituto de Psicologia
e Ciências da Educação**
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

Agradecimentos

Possível Sonho!

*Sim, serão possíveis
se não todos, alguns...
mesmo enfrentando tormentas e dissabores*

*Com garra lutarei, vencerei!
Não quero nem pensar em erros
debilitar a alma
e com prantos apagar
a luz das estrelas...*

*E não descansarei
mesmo que minha busca seja infinita
que o inferno esteja próximo
ao meu sonho serei sempre fiel
tudo, tudo enfrentarei!*

*Mesmo que não chegue ao topo
que medalhas não receba
sei que serei vencedora
porque jamais desisti,*

(Maria Thereza Neves)

Esta investigação marca o final de um longo percurso extremamente importante na minha vida. No entanto, sempre que se chega ao final de uma etapa, inicia-se outra e neste caso, este final traz consigo o início de um grande sonho, tornar-me mestre em Psicologia.

Contudo, todo este percurso não seria possível sem a presença de algumas pessoas importantes que me acompanharam e apoiaram, a quem deixo os meus sinceros agradecimentos, pessoas essas que ficaram sempre no meu coração.

Assim, começo por agradecer ao meu orientador Professor Doutor Paulo Moreira, por todos os conhecimentos que nos transmitiu ao longo deste percurso, agradecer toda a exigência que pedia, pois isso permitiu-nos crescer e “pensar fora da caixa”.

À Professora Doutora Joana Oliveira pela total disponibilidade, pela simpatia e amabilidade sempre prestada. Pelo constante incentivo que nos ajudava nos momentos de maior dificuldade.

À Professora Doutora Diana Cunha e Sara Cruz que sempre mostraram total receptividade para nos ajudar e tirar dúvidas.

Agradeço ao Professor Abílio e ao Professor Vítor do Agrupamento de Vizela, à Professora Doutora Maria José, à Professora Catarina Craveiro e à Doutora Alzira do Externato Delfim Ferreira, escola do meu coração. Agradeço ao Doutor Firmino da escola de Abação e ao Professor Abreu da escola de Infias pela total disponibilidade e colaboração na investigação. Agradeço ainda aos outros envolvidos, desde professores e funcionários, com quem eu não contactei mas que tiveram um envolvimento ativo no mesmo. Agradeço também ao Senhor Padre Américo, pároco na freguesia de Nespereira por ter permitido a passagem dos inquéritos aos meninos que frequentam a catequese na freguesia referida.

Agradeço aos alunos e respetivos pais que participaram no estudo. Agradeço toda a confiança e disponibilidade prestada.

Aos meus amigos, pelos momentos de convívio, pela amizade e por estarem sempre a meu lado em todas as alturas. Um agradecimento especial à Catarina Costa, ao Nuno Soares e ao Nuno Lourenço, amigos esses que fiz ao longo deste percurso e ao qual espero levar para o resto da vida, tanto pessoal como profissional.

Agradeço ao meu namorado Luís Costa pela total disponibilidade, pela confiança, paciência e por me aturar nos momentos de maior angústia e desespero.

Um agradecimento especial aos meus irmãos Hélder e Pedro e às minhas cunhadas Ângela e Dina pela confiança depositada pelas palavras transmitidas e por acreditarem sempre nas minhas capacidades.

Por último e com todo o amor, quero agradecer aos meus pais, pelo apoio incondicional, por estarem sempre presentes a todas as horas, por apoiarem todas as minhas escolhas. Agradeço toda a confiança que depositaram em mim e por me tornarem uma pessoa mais confiante. Agradeço principalmente todos os valores que me transmitiram, pois isso fez-me chegar até aqui e continua a cada dia a tornar-me numa pessoa melhor. Não me posso esquecer de todos os conselhos e palavras que me

transmitiram, principalmente nos momentos de maior dificuldade, pois isso ajudou-me a ver as coisas de uma outra perspectiva e a ultrapassar todas as adversidades.

Sem vocês, nada disto seria possível.

Resumo

O Bem-Estar Subjetivo tem sido alvo de um crescente interesse para investigação em Psicologia. O estudo do Bem-Estar Subjetivo como um construto amplo e multidimensional, refere-se àquilo que as pessoas sentem e pensam sobre a sua própria vida, envolvendo respostas emocionais e domínios de satisfação. São poucas as investigações que procuram perceber a forma como os pais percecionam o bem-estar dos próprios filhos. Desta forma, a presente investigação visou avaliar o Bem-Estar Subjetivo autorrelatado pelas crianças, bem como a perceção dos pais e a perceção das mães sobre o Bem-Estar Subjetivo dos filhos. Participaram neste estudo 1482 crianças (739 raparigas e 741 rapazes) com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos e respetivos pais e mães. As diferentes componentes do Bem-Estar Subjetivo foram avaliadas, tendo em conta escalas de auto e hétero relato: Kidscreen 10, Escala de Tonalidade Emocional, Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social e Escala Breve de Satisfação com a Vida. A recolha dos dados zelou pela salvaguarda da integridade psicológica dos alunos e respetivos pais e mães. Os principais resultados permitem-nos afirmar que existem diferenças significativas entre o Bem-Estar Subjetivo autorrelatado pelas crianças e os relatos dos pais e das mães relativamente ao Bem-Estar Subjetivo das crianças. Contudo, observou-se a existência de uma associação positiva entre os autorrelatos das crianças e a perceção dos pais e das mães sobre o Bem-Estar Subjetivo dos filhos. Verificou-se ainda um acordo entre o autorrelatos das crianças e a perceção dos pais e das mães sobre o Bem-Estar Subjetivo. Este estudo promoveu uma melhor compreensão do Bem-Estar Subjetivo das crianças Portuguesas assim como permitiu perceber de que forma tanto os pais como as mães percecionam o bem-estar dos seus filhos.

Palavras-Chave: Bem-Estar Subjetivo, autorrelatos das crianças, perceção dos pais e perceção das mães.

Abstract

The Subjective Well-Being has been the target of a growing interest for research in Psychology. The study of Subjective Well-Being as a broad, multidimensional construct, refers to what people feel and think about their own lives, involving emotional responses and domains of satisfaction. There are few investigations that seek to understand how parents perceive the well-being of their children. In this way, the present investigation aimed to evaluate the Subjective Well-Being self-reported by the children, as well as the father's and mother's perception of the Subjective Well-Being of their children. A total of 1482 children (739 girls and 741 boys) aged 6 to 12 years and their fathers and mothers participated in the study. The different components of Subjective Well-Being were evaluated, taking into account self-reported and straightforward scales: Kidscreen 10, Emotional Tone Scale, Brief Scale of Satisfaction with Social Support and Brief Scale of Satisfaction with Life. The collection of data ensured the safeguarding of the psychological integrity of students and their parents. The main results allow us to affirm that there are significant differences between the Subjective Well-Being self-reported by the children and the reports of the parents and the mothers regarding the Subjective Well-Being of the children. However, observed that there was a positive association between the children's self-reports and the parents and mothers perception of the subjective well-being of their children. There was also an agreement between the children's self-reports and the parents 'and mothers' perception of Subjective Well-Being. This study promoted a better understanding of the subjective well-being of Portuguese children, as well as showing how both fathers and mothers perceive the well-being of their children.

Keywords: Subjective Well-Being, Children's self-reports, Fathers perception, Mothers perception.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	v
Abstract	vi
Índice	vii
Índice de tabelas	ix
1. Introdução	1
1.1. Bem-Estar Subjetivo	1
1.2. Bem-Estar Subjetivo em Crianças	7
1.3. Componentes do Bem-Estar Subjetivo	9
1.4. Satisfação com a Vida	10
1.5. Tonalidade Emocional	13
1.6. Suporte Social	15
1.7. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde	17
1.8. Autorrelatos das crianças e Perceção dos Pais sobre os seus filhos	20
1.9. Bem-Estar Subjetivo autorrelatado pela criança e perceção dos pais sobre o Bem-Estar Subjetivo dos filhos	22
2. Metodologia	24
2.1. Participantes	24
2.2. Instrumentos	27
2.2.1. Kidscreen – 10	27
2.2.2. Escala de Tonalidade Emocional	28
2.2.3. Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social	28
2.2.4. Escala Breve de Satisfação com a Vida	29
2.3. Procedimentos	30
2.3.1. Procedimentos de recolha da amostra	30
2.3.2. Procedimentos estatísticos	31
3. Resultados	32
3.1. Diferenças de médias	32
3.2. Associação entre autorrelato da criança, relato do pai e relato da mãe sobre o Bem-Estar Subjetivo das Crianças	33
3.3. Acordo inter-respondente	36
4. Discussão dos resultados	37

5. Conclusão	41
6. Referências bibliográficas	43

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra total

Tabela 2. Diferenças de médias

Tabela 3. Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre o Bem-Estar Subjetivo Global da criança.

Tabela 4. Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde da criança

Tabela 5. Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre o afeto positivo e o afeto negativo da criança

Tabela 6. Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre a Satisfação com o Suporte Social da criança

Tabela 7. Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre a Satisfação com a Vida da criança

Tabela 8. Correlações intraclasse do bem-estar total entre a tríade

1. Introdução

1.1. Bem-Estar Subjetivo

Alcançar a felicidade é um dos principais objetivos do ser humano (Grimley-Evans, 1992; Larsen & Eid, 2008).

O Bem-Estar é, sem dúvida, uma questão complexa e tornou-se num dos temas mais emocionantes e desafiadores nas ciências sociais nos últimos anos, devido à sua falta de concordância em delimitar concetualmente o mesmo, devido à sua complexidade (Carmen, García-Viniegras & Benítez, 2000).

O Bem-Estar é um termo científico, comumente usado, que se refere àquilo que as pessoas sentem e pensam sobre a sua própria vida, envolvendo respostas emocionais, domínios de satisfação e perceção acerca da satisfação com a vida. Demócrito, acreditava que a vida feliz era agradável não só devido à felicidade do sujeito, mas também devido ao modo como este reagia perante diferentes acontecimentos e circunstâncias na sua vida, sendo assim um dos primeiros a dar ênfase à ideia de subjetividade da felicidade (Ryan & Deci, 2001). O termo Bem-Estar implica experiência pessoal e, portanto, falar de Bem-Estar Subjetivo pode ser considerado um pleonasma (Carmen, García-Viniegras & Benítez, 2000).

Segundo Cloninger (2004), o Homem tem necessidade de se sentir feliz, de compreender aquilo que se passa à sua volta e de se sentir amado, ou seja, o Bem-Estar Subjetivo não se refere apenas à ausência de doença física ou mental, envolve sim uma perceção de Bem-Estar holístico físico, psíquico, social, emocional e espiritual, ou seja, a felicidade envolve um Bem-Estar holístico, não implicando apenas ausência de doença (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Estas controvérsias relativamente ao Bem-Estar, originaram duas correntes de pensamento distintas, que procuraram explicar a melhor forma de alcançar a felicidade. São elas as abordagens *hedónicas* e *eudaimónicas* (Watterman, 1993; Ryff & Keyes, 1995; Ryan & Deci, 2001; Deci & Ryan, 2008).

A perspetiva *hedónica* defende que uma pessoa feliz experiencia e procura incessantemente atividades prazerosas, evitando, a todo o custo, o sofrimento e a dor (Giacomoni, 2004), ou seja, as pessoas procuram a experimentação máxima de momentos de prazer, sendo, a felicidade, a soma de todos esses momentos e emoções agradáveis (Ryan & Deci, 2001; Peterson, Park & Seligman, 2005; Galinha, 2008). Resumindo, o

indivíduo faz uma avaliação subjetiva acerca do seu Bem-Estar e felicidade, das suas experiências de prazer e sofrimento, acerca daquilo que o próprio considera bom e mau para a sua vida (Kahneman, Diener & Schwarz, 1999). De acordo com esta abordagem, o Bem-Estar abarca vários conceitos como a satisfação, experiências emocionais positivas (Ryan & Deci, 2001), a sensação de prazer e a felicidade (Kahneman, Diener & Schwarz, 1999), denotando-se assim, a associação ao Bem-Estar Subjetivo, conceito que será abordado mais à frente.

Apesar da predominância inicial da corrente *hedónica* no estudo da felicidade, muitas foram as discussões acerca da felicidade numa perspetiva *eudaimónica*.

Desta forma, o *eudemonismo* centra-se predominantemente no funcionamento psicológico positivo, nos valores humanistas e existenciais, sendo que o indivíduo procura, ao longo da sua vida, atingir a autorrealização e o desenvolvimento humano, procurando viver uma vida com significado (Freire, Zenhas, Tavares & Iglésias, 2013). Assim, a pessoa envolve-se subjetivamente em direção à autorrealização para, deste modo, pôr em prática as suas potencialidades e, dessa forma, conferir um propósito à sua vida (Fave, Wissing, Brdar, Vella-Broderick & Freire, 2011; Waterman, Schwartz & Conti, 2008). Assim sendo, a perspetiva *eudaimónica* apoia-se na noção de que a felicidade é alcançada através da identificação das virtudes e consiste na plena concretização das potencialidades, competências e aptidões de uma pessoa, isto é, em fazer o que vale a pena fazer, pelo seu valor e não pelo prazer que produz, procurando sempre que o indivíduo utilize as suas capacidades cognitivas para atingir a perfeição e a realização pessoal (Ryan & Deci, 2001; Novo, 2003; Deci & Ryan, 2008).

Concluindo, a perspetiva *eudaimónica* está assim relacionada com o Bem-Estar Psicológico, focalizando o Bem-Estar em dimensões positivas do funcionamento do indivíduo (Novo, 2003). Para Wattermann (1993), existem discordâncias entre as duas conceções, uma vez que o *eudaimonismo* considera o Bem-Estar mais do que felicidade, referindo que, nem toda a realização dos desejos por parte do indivíduo deriva em Bem-Estar, sendo assim o *eudaimonismo* uma condição suficiente, mas não necessária para a felicidade *hedónica*.

Tendo em conta as evidências da investigação, a melhor forma de conceber a felicidade e de definir o Bem-Estar, é enquanto construto multidimensional, incluindo aspetos das duas perspetivas *hedónica* e *eudaimónica* (Ryan & Deci, 2001; Galinha, 2008).

Apesar de existirem distintas definições acerca do conceito, parece existir uma certa concordância relativamente à natureza multidimensional do Bem-Estar Subjetivo, constituída por duas componentes auto-avaliativas: afetivo e cognitivo (Diener, 1984; Veenhoven, 1991; Carmen, García-Viniegras & Benítez, 2000; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Deci & Ryan, 2008; Galinha, 2008; Giannopoulos & Vella-Brodrick, 2011).

A componente afetiva pode ser dividida em duas unidades menores: o Afeto Positivo e o Afeto Negativo (Diener, 1984).

O Afeto Positivo refere-se à frequência de emoções e sentimentos positivos como a alegria, o orgulho, o carinho, o amor, entre outros (Diener, Suh & Oishi, 1997; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Galinha, 2008). Por sua vez, o Afeto Negativo refere-se à frequência de emoções e sentimentos negativos como a tristeza, culpa, a vergonha, a irritabilidade, a raiva, entre outros (Diener, Suh & Oishi, 1997; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Galinha, 2008).

Nos estudos sobre o Afeto Positivo e o Afeto Negativo, o principal indicador de Bem-Estar Subjetivo não está associado exclusivamente à presença de afetos positivos, mas sim à presença continuada desses mesmos afetos (afetos positivos) em detrimento dos afetos negativos. Muito amplamente, aponta-se que uma pessoa com elevado sentimento de Bem-Estar experiencia maioritariamente emoções positivas do que emoções negativas (Siqueira & Padovam, 2008). Deste modo, as pessoas que apresentam um Bem-Estar positivo, experienciam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), ou seja, elevados níveis de Bem-Estar Subjetivo refletem um predomínio de Afetos Positivos e neste caso, ausência de Afetos Negativos (Fujita & Diener, 2005; Garcia & Siddiqui, 2009; Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Galinha & Pais-Ribeiro, 2008).

A componente cognitiva reflete o lado avaliador do Bem-Estar Subjetivo: avalia a satisfação do indivíduo com a sua vida de acordo com seus próprios critérios (tendo em conta as suas experiências de vida atuais e passadas e o desejo em realizar determinados objetivos no futuro - metas pessoais) através de um julgamento cognitivo consciente em relação à sua vida, em que os critérios de avaliação dependem de si próprio (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

Concluindo, o Bem-Estar Subjetivo é considerado um fenómeno amplo que inclui respostas emocionais e julgamentos globais sobre a Satisfação com a Vida (Diener, 1984; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Nesta perspetiva, o Bem-Estar Subjetivo pode ser definido como um modelo tripartido, que engloba três componentes interrelacionados,

que formam um construto global: Afeto Positivo, Afeto Negativo e Satisfação com a Vida (Diener, Suh & Oishi, 1997; Oishi, Diener, Lucas & Suh, 1999; Woyciekoski, Natividade & Hutz, 2014), que decorre da avaliação que o indivíduo faz relativamente à sua vida tendo em conta aquilo que ele pensa sobre a sua própria vida, sobre a qualidade das suas experiências (Arita, Romano, Garcia & Félix, 2005), assim como as necessidades pessoais (Galinha, 2008), procurando preferencialmente experiências de prazer, centrando-se essencialmente na vivência de sentimentos prazerosos e na ausência de sofrimento, assim como na procura entre um equilíbrio de sentimentos, ou seja, um equilíbrio entre o Afeto Positivo e o Afeto Negativo) (Diener, 1984; Diener, Suh & Oishi, 1997; Diener, 2000; Galinha, 2008).

Importa ainda referir que quando se fala em Bem-Estar Subjetivo é necessário ter em conta três aspetos (Diener, 1984). Em primeiro lugar, a felicidade é avaliada pela perspetiva do próprio sujeito, pelas suas experiências pessoais e aspetos particulares, tratando-se assim de uma avaliação subjetiva (Giacomoni, 2004). Ou seja, o Bem-Estar é algo pessoal, variando assim de indivíduo para indivíduo (Siqueira & Padovam, 2008). Em segundo, a afetividade positiva e a afetividade negativa, embora estejam relacionadas, são independentes, sendo possível coexistirem as duas ao mesmo tempo, no entanto, uma delas é sempre dominante (Diener, 1984; Giacomoni, 2004). Por último, o Bem-Estar Subjetivo consiste numa avaliação global da vida, não estando apenas orientada para um momento ou situação particular da vida (Diener, 1984; Diener *et al.*, 2003; Giacomoni, 2004).

Em jeito de revisão, o Bem-Estar Subjetivo é constituído por um conjunto de fenómenos que incluem respostas emocionais, satisfações de domínios e julgamentos globais de Satisfação com a Vida (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Cada um destes construtos deve ser entendido em separado, apesar de ambas se correlacionarem, sugerindo assim a necessidade um fator de ordem maior (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

Ainda no que respeita ao Bem-Estar Subjetivo, existem alguns modelos explicativos que importam explorar, pois são importantes para a compreensão do conceito, sendo que estas duas teorias afetam diretamente a felicidade.

Falamos assim das abordagens *bottom-up* e das abordagens *top-down* (Diener, 1984; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

De acordo com Diener, Suh, Lucas e Smith, (1999), estas duas abordagens distinguem-se uma da outra quanto às suas raízes filosóficas (sendo que o *bottom-up*

assenta na filosofia de Locke e o *top-down* na filosofia de Kant) mas também devido às suas implicações para a compreensão do Bem-Estar Subjetivo.

De acordo com Simões e colaboradores (2003) a abordagem *bottom-up* considera o Bem-Estar Subjetivo como sendo um efeito cumulativo de experiências positivas em vários domínios específicos da vida (família, trabalho, casamento, lazer) (Diener, Sandvik & Pavot, 1991; Brief *et al*, 1993; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Desta forma, as pessoas avaliam a sua satisfação global com a vida tendo em conta as satisfações particulares experienciadas em cada um dos domínios de vida (Simões *et al*, 2003). Assim, uma vida preenchida com satisfação e felicidade resulta da acumulação de momentos e de experiências positivas e agradáveis assim como pela satisfação das necessidades básicas (Diener, Sandvik & Pavot, 1991; Brief, 1993; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Simões *et al*, 2003). Segundo Wilson (cit in. Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999), a satisfação de necessidades humanas básicas induzem felicidade no indivíduo e a sua fugaz satisfação produz felicidade, enquanto a persistência de necessidade por satisfazer causa infelicidade (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Tal como referida por Feist e colaboradores (1995) a abordagem *bottom-up* está relacionada com a filosofia de Locke, na qual as experiências formam a pessoa. Ou seja, não há nada na mente, exceto aquilo que é transmitido pelos sentidos. Portanto, a mente é igualada a uma tábua rasa de Locke que é moldada pela experiência, sendo as sensações os reflexos objetivos daquilo que o indivíduo construiu em contacto com o mundo externo (Locke, 1975, cit in Feist e colaboradores, 1995).

Nesta perspetiva, os fatores mais externos são aqueles que mais contribuem para a felicidade, ou seja, os fatores mais externos como as circunstâncias da vida, seriam os que causariam maior impacto sobre a felicidade, e conseqüentemente um maior impacto sobre Bem-Estar Subjetivo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Simões *et al*, 2003).

Concluindo, uma pessoa feliz experiencia múltiplos momentos de felicidade nos contextos envolventes (Brief *et al*, 1993; Diener & Ryan, 2009; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Contrariamente à abordagem *bottom-up*, a abordagem *top-down* procura explicar o porquê de acontecimentos negativos recentes diminuírem os níveis de felicidade (Simões *et al*, 2003).

De acordo com Feist e colaboradores (1995) as pessoas têm uma predisposição para interpretar as experiências de vida de forma tanto positiva como negativa, influenciando as avaliações que fazem acerca da sua vida e do mundo, ou seja, a felicidade é

influenciada por fatores internos e pelas experiências do indivíduo, não se baseando apenas nos fatores externos (Giacomoni, 2004; Diener & Biswas-Diener, 2002). Por outras palavras, a pessoa aproveita os momentos prazerosos porque é feliz e não o contrário (Diener, 1984). Por conseguinte, não é a experiência em si que é agradável ou desagradável, satisfatória ou não satisfatória. É sim, a interpretação que a pessoa faz do momento, que o torna positivo ou negativo (Diener, 1984; Simões *et al*, 2003). A atitude positiva do indivíduo é, desta forma, a causa da sua felicidade e não somente as experiências em si (Diener & Ryan, 2009).

Subjacente a esta perspetiva e tendo em conta o paradigma Kantiano, o sujeito é assim um agente ativo e organizador da sua própria experiência e ao receber estímulos sensoriais do exterior, não os vai aceitar todos, vai sim, selecionar aquelas que são congruentes com as suas crenças, atitudes e valores, e quanto mais esses estímulos forem coincidentes com as suas crenças, atitudes e valores, mais positivos serão para a pessoa, contribuindo assim para a sua felicidade e Bem-Estar (Feist *et al*, 1995; Galinha, 2008). Nesta abordagem, as interpretações subjetivas dos acontecimentos são determinantes primários do Bem-Estar Subjetivo, ao invés das próprias circunstâncias objetivas como sugeridas pela abordagem anterior (*bottom-up*) (Brief *et al*, 1993; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Simões *et al*, 2003; Diener & Ryan, 2009; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Em suma, existem assim duas abordagens que nos permitem perceber o Bem-Estar Subjetivo, sendo que a abordagem *bottom-up* enfatiza a influência ambiental externa sobre o Bem-Estar Subjetivo, ou seja, a avaliação positiva ou negativa que o indivíduo faz da interação com o ambiente externo leva a maiores ou menores níveis de Bem-Estar Subjetivo. Por outro lado, a abordagem *top-down* considera o Bem-Estar Subjetivo um conjunto de interpretações internas do indivíduo, ou seja, relaciona-se com os fatores intrapessoais ao indivíduo (Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). Desta forma, os indivíduos que apresentam uma maior tendência a avaliar os acontecimentos de forma positiva, apresentaram consequentemente maiores níveis de Bem-Estar Subjetivo (Brief *et al*, 1993).

Apesar de ambas as abordagens apresentarem diferenças notórias, a investigação sugere que o Bem-Estar Subjetivo deve ser visto à luz de ambas as perspetivas (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

Relativamente à perspetiva integradora, a forma como os indivíduos interpretam os eventos de vida e experienciam os sentimentos, influenciará o seu Bem-Estar Subjetivo,

tendo em conta não só os fatores contextuais como também os fatores intrapessoais do indivíduo (Brief *et al*, 1993; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011).

1.2. Bem-Estar Subjetivo em Crianças

Estudos sobre o Bem-Estar Subjetivo em crianças têm tido, nas últimas décadas, bastante relevância, uma vez que se consegue perceber a satisfação que estas têm sobre a sua vida em geral (Teodoro, 2009; Dinisman, Montserrat & Casas, 2012).

Avaliar a felicidade, o Bem-Estar Subjetivo e a Satisfação com a Vida na criança, requer não só uma avaliação objetiva relativa à sua qualidade de vida e à forma como ela compreende o que significa uma pessoa feliz e de como uma pessoa feliz se apresenta aos outros, mas também uma avaliação pessoal, subjetiva, que cada um realiza, relativamente à qualidade de sua própria vida e da satisfação, vivenciada no seu quotidiano (Nunes, Hutz & Giacomoni, 2009; Siqueira & Padovam, 2008; Giacomoni, Souza & Hutz, 2014).

Esta avaliação da criança sobre a sua própria vida, diz respeito aos julgamentos e aos sentimentos experienciados pela criança relativamente à Satisfação com a sua Vida, aos seus interesses, às suas relações interpessoais, à sua saúde e às suas reações afetivas, sendo que esses julgamentos avaliativos são conscientes e podem ser feitos através da avaliação da sua vida como um todo, ou sobre aspetos específicos, como as suas brincadeiras (Giacomoni, 2002).

Por outras palavras, o Bem-Estar Subjetivo, refere-se ao que as crianças pensam e sentem, integrando três fatores associados: o Afeto Positivo, o Afeto Negativo (componente afetiva) e a Satisfação com a Vida (componente cognitiva) (Nickerson & Nagle, 2004; Poletto, 2011).

Deste modo, a componente cognitiva relaciona-se com a análise que a criança faz da sua vida em geral, enquanto a afetiva se prende com a capacidade que a criança tem de refletir sobre a sua vida em geral, tendo em conta emoções positivas e/ou negativas, que experiencia em diferentes momentos (Dinisman, Montserrat & Casas, 2012). Esta dimensão cognitiva, que se refere à Satisfação com a Vida, por se caracterizar como mais global, tende a ser mais estável ao longo do tempo, enquanto a afetiva poderá apresentar oscilações, uma vez que à medida que a criança cresce, depara-se com diferentes situações que irão despertar diversas emoções, quer positivas quer negativas (Poletto, 2011; Poletto & Koller, 2011; Dinisman, Montserrat & Casas, 2012).

Regra geral, os estudos realizados sobre o Bem-Estar Subjetivo em crianças, apontam para medidas positivas. Os autores têm procurado confirmar o modelo multidimensional do Bem-Estar em crianças (Satisfação com a Vida, Afeto Positivo e Afeto Negativo), assim como, identificar os domínios mais relevantes. Entre os principais resultados, observa-se que, em geral, a Satisfação com a Vida das crianças é influenciada significativamente por variáveis como família, amizade, lazer e *self* (Huebner, 1991a; Huebner, 1991b).

De acordo com a investigação, as crianças que apresentam uma alta Satisfação com a Vida, possuem uma visão de si mesmas mais positiva, possuem atitudes e traços positivos, entre os quais, ser altruísta, ético, empático; apresentam uma maior auto-estima; tendem a ser mais relaxados e extrovertidos; acreditam que aquilo que acontece consigo, está sob controlo do próprio; e possui capacidade para amar e para perdoar (Giacomoni, Souza & Hutz, 2014). Outro fator fundamental, prende-se com a família, sendo que as crianças retêm experiências positivas dos seus momentos passados em família, principalmente nas experiências de lazer (Fernandes, Mendes & Teixeira, 2013), revelando-se uma variável que influencia de forma positiva o Bem-Estar geral das crianças (Levy & Jonathan, 2010). Contrariamente, o divórcio e o desemprego dos pais, são variáveis que influenciam de forma negativa o Bem-Estar das crianças (Bradshaw, Keung, Rees & Goswami, 2011; Bello & Casas, 2013; Fernandes, Mendes & Teixeira, 2013), assim como os baixos recursos socioeconómicos das famílias (Marcellino, 1996; Giacomoni, Souza & Hutz, 2014).

Outro fator que influencia a Satisfação com a Vida prende-se com as amigas das crianças. Garcia e Pereira (2008) através dos seus estudos, concluíram que as amigas entre as crianças estão positivamente associadas a emoções positivas como alegria, sendo que as qualidades das suas relações são uma grande influência, assim como as brincadeiras que mantém umas com as outras. Souza, Sperb, McCarthy e Biaggio (2006) referiram ainda que a paz, a união, o amor e a não-violência estão também associadas à felicidade das crianças, concluindo assim que, a ausência de violência e de conflitos, assim como a presença de emoções positivas e de felicidade, principalmente a nível interpessoal, contribuem significativamente para a Satisfação com a Vida e felicidade da criança.

De acordo com pesquisas realizadas sobre o Suporte Social relacionado com a satisfação com a família, amigos e pares, nos mais diversos contextos culturais, têm demonstrado a presença de uma associação entre Suporte Social e Bem-Estar Subjetivo

ao longo do ciclo vital (Khan & Husain, 2010; Moak & Agrawal, 2009). Desta forma, a existência de relações interpessoais de apoio, tende a resultar em níveis mais elevados de Bem-Estar, ao passo que, baixos níveis de suporte, aumentam a suscetibilidade dos indivíduos (Kirana, Rosen & Hatzichristou, 2009).

Considerando a pequena quantidade de investigações sobre o Bem-Estar Subjetivo infantil e a sua relativa ausência na investigação mundial mas principalmente portuguesa e com o propósito de contribuir e ampliar o conhecimento já obtido na compreensão do papel de algumas variáveis no Bem-Estar Subjetivo em crianças, definiu-se como objetivos fundamentais deste estudo: avaliar os autorrelatos das crianças portuguesas sobre o seu Bem-Estar Subjetivo assim como perceber a forma como os pais e as mães percecionam o Bem-Estar dos próprios filhos e verificar se existem congruências com os autorrelatos dos mesmos.

1.3. Componentes do Bem-Estar Subjetivo

O Bem-Estar Subjetivo resulta da avaliação que um indivíduo faz da sua própria vida. Apesar de ainda continuar a existir alguma divergência acerca da delimitação do conceito de Bem-Estar Subjetivo (Lucas, Diener & Suh, 1996), Diener, Suh, Lucas e Smith (1999) distinguem três componentes primários, que formam um fator global do Bem-Estar Subjetivo, através de variáveis interrelacionadas: Satisfação com a vida (componente cognitiva), altos níveis de Afeto Positivo e baixos níveis de Afeto Negativo (componente afetiva), sendo este o modelo mais aceite do Bem-Estar Subjetivo.

Relativamente à dimensão cognitiva, a Satisfação com a Vida depende da avaliação global que a pessoa faz da sua vida, comparando as circunstâncias em que vive e o que considera um padrão apropriado para si (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991).

A dimensão emocional é a principal responsável pela experimentação de humores e emoções positivas e negativas, sendo que quanto mais emoções e humores positivos experimentar, maior será o Bem-Estar Subjetivo e a satisfação com a própria vida (Ryff & Keyes, 1995).

Sendo o Bem-Estar Subjetivo uma avaliação subjetiva que cada pessoa faz da sua vida, (se ela é agradável, boa e desejável), sempre que uma pessoa compara o que fez na vida com as suas necessidades e expetativas, surgem reações cognitivas emocionais (Diener, 2009; Galinha & Pais-Ribeiro, 2008).

Assim, as perspetivas atuais, definem o Bem-Estar Subjetivo como uma ampla categoria de fenómenos que incluem respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de Satisfação com a Vida (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999).

No geral, existe consenso entre os autores quer em relação à Satisfação com a Vida quer em relação à afetividade enquanto medidas de avaliação do Bem-Estar Subjetivo (Bartels & Boomsma, 2009; Diener, 2009; Galinha & Pais-Ribeiro, 2008).

Alguns investigadores não têm considerado nas suas investigações as variáveis Suporte Social e Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, sendo estas dimensões fundamentais também para a compreensão do Bem-Estar Subjetivo (Cloninger, 2008; Diener, 2009; Gilman & Huebner, 2003; Ribeiro, 1999).

Desta forma, Sheldon e Lyubomirsky (2006) e Sheldon e Hoon (2006) consideram pertinente a realização de estudos que possibilitem a compreensão destas variáveis sobre o Bem-Estar Subjetivo.

No presente estudo, optamos por englobar as dimensões: Satisfação com a Vida, Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, Suporte Social e tonalidade emocional (Afeto Positivo e Afeto Negativo) como medida do Bem-Estar Subjetivo.

1.4. Satisfação com a Vida

A Satisfação com a Vida como dimensão cognitiva do Bem-Estar Subjetivo foi reconhecida nos anos 1980 por alguns pesquisadores e passou a ser referenciada como um dos elementos compósitos do Bem-Estar Subjetivo com características predominantemente cognitivas, referindo-se a um julgamento global que cada pessoa realiza sobre a sua própria vida (ex. trabalho, família, lazer, saúde), bem como a um domínio de vida delimitado (ex. horário de trabalho, relação com os colegas de trabalho) ou de aspetos referentes a um domínio específico (ex. satisfação pessoal com o seu posto de trabalho) (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Lyubomirsky, 2008).

Uma característica importante desta componente prende-se com o facto de a Satisfação com a Vida não depender exclusivamente da soma dos domínios específicos, devendo sim, ser percecionada como uma avaliação global da vida como um todo, ou seja, um indivíduo pode não se sentir feliz com um determinado domínio particular da sua vida e estar satisfeito com outros. No entanto, poderá também estar satisfeito com

vários domínios da sua vida e não estar satisfeito com a vida no geral devido ao impacto negativo de um determinado domínio (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Contudo, apesar da maioria dos julgamentos realizados compreenderem os aspetos gerais da vida do sujeito, estudos demonstram que a avaliação da Satisfação com a Vida a partir dos domínios mais próximos da vida, parecem ser os mais relevantes para o indivíduo e os que mais influencia o Bem-Estar Subjetivo (Diener, 1984). Desta forma, a Satisfação com a Vida, está relacionada com várias áreas importantes da vida do sujeito, como satisfação com a família, com os amigos ou com o meio envolvente, que podem conduzir a elevados níveis de Bem-Estar (Suldo & Huebner, 2006). Ora, completando com a ideia anterior, se a família, o trabalho e as relações interpessoais são os domínios mais importantes para o indivíduo, o sentimento de plena satisfação com estes e a não satisfação com o lazer, por exemplo, contribuem para uma Satisfação com a Vida positiva. Contrariamente, se o indivíduo apresentar uma satisfação negativa com o trabalho, domínio mais valorizado pelo mesmo, então a sua Satisfação com a Vida, irá apresentar valores mais baixos.

Assim, componentes consideradas importantes, podem obter pesos diferentes conforme o indivíduo (Pavot & Diener, 1993).

Contudo, e como já referimos anteriormente, este processo de avaliação da Satisfação com a Vida depende de critérios definidos pela pessoa, tendo em conta aquilo que ela considera adequado, a partir das suas expectativas e/ou aspirações, tratando-se assim de um juízo subjetivo (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Neste sentido, diferentes pessoas reagem de diferentes formas à mesma circunstância, pois avaliam as suas condições com base nas suas próprias expectativas, valores e experiências prévias (Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985).

Neste sentido, e tendo em conta os estudos de Campbell, Converse e Rodgers (1976 cit in Diener, 1984) as pessoas realizam julgamentos sobre aquilo que desejam e aquilo que têm, fazendo assim uma comparação entre o real e o ideal, e de acordo com a teoria da discrepância, quanto menor for a discrepância entre a perceção de realização da pessoa e o seu padrão de referência, maior será a Satisfação com a Vida, sendo que, de forma inversa, quanto maior for a discordância entre as aspirações do indivíduo e a sua avaliação sobre a situação, menor será a sua Satisfação com a Vida (Diener, 1984; Pavot & Diener, 1993). Este julgamento auto-avaliativo compreende expectativas de futuro, contemplando assim uma certa estabilidade, não dependendo de forma totalitária do estado emocional do indivíduo no momento da avaliação (Diener, 2000).

Nas crianças e adolescentes, a Satisfação com a Vida está muito relacionada com a discrepância percebida entre as suas aspirações (expectativas de futuro quer por influencias familiares, quer por vontade própria, quer por influencia dos pares ou influencia cultural) (Silva, Matos & Diniz, 2010) e por outro lado, está relacionada com vários aspetos da sua Qualidade de Vida relacionada com a Saúde e da sua competência para se relacionar com os outros, com a facilidade em criar relações de amizade sólidas e de qualidade. Daí a importância atribuída à Saúde e ao Suporte Social (Gaspar & Gaspar de Matos, 2009)

Vários estudos demonstram a importância da relação entre a ligação das crianças e adolescentes com os pais e pares e a Satisfação com a Vida (Çivitci & Çivitci, 2009, cit in Tomé *et al*, 2010). Desta forma, os jovens que percebem melhor Satisfação com a Vida mantem relações mais positivas com os pais e pares (Gilman & Huebner, 2006) e recebem maior apoio dos pais, professores e pares (Suldo & Huebner, 2006)

A Satisfação com a Vida poderá ser mensurada através de escalas de Satisfação com a Vida global ou através de medidas que avaliam a Satisfação com a Vida em domínios específicos (Galinha, 2008). A maioria dos estudos efetuados no âmbito da Satisfação com a Vida compreende somente os relatos globais, não avaliando os domínios específicos da vida.

Apesar da escassez de investigação relativamente à Satisfação com a Vida das crianças e adolescentes, este construto parece correlacionar-se com outros domínios de vida, entre os quais: relações interpessoais (pais e pares); variáveis, demográficas; saúde física e mental (Gilman & Huebner, 2003; Huebner, 2004; Lewis *et al*, 2011); variáveis educacionais (Gilman & Hubner, 2006; Lewis *et al*, 2011) e personalidade (Gilman & Huebner, 2003).

Durante a infância e a adolescência, o Suporte Social é determinante para o desenvolvimento e a investigação revela alta correlação positiva entre relações interpessoais positivas (pais e pares) e elevados níveis de Satisfação com a Vida (Gilman & Huebner, 2006)

A auto-avaliação da Satisfação com a Vida em adolescentes, é também influenciada pelas experiências de vida, experiências essas positivas ou negativas. As grandes experiências de vida (por exemplo, morte de um familiar direto) provocam alterações na Satisfação com a Vida dos adolescentes, no entanto, as investigações demonstram que as experiências do dia-a-dia têm uma maior influencia nos relatos da Satisfação com a Vida. Os relatos sobre a Satisfação com a Vida podem variar ao longo do tempo, pois estes dependem de circunstâncias da vida (Gilman & Huebner, 2003).

Naturalmente, os julgamentos auto-avaliativos mudam com a passagem do tempo, concluindo assim que, para além do construto Satisfação com a Vida ser multidimensional, é também dinâmico (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

1.5. Tonalidade emocional

A tonalidade emocional é o construto que envolve os Afetos Positivos e os Afetos Negativos vivenciados pelo ser humano (Fujita & Diener, 2005; Lyubomirsky, 2008).

A afetividade faz parte da vida diária do ser humano, caracterizando-se como a capacidade para regular as emoções, sendo estas moderadamente estáveis (Bordwine & Huebner, 2010), essencial para a adaptação dos indivíduos ao meio envolvente e consequentemente para alcançar o Bem-Estar (Diener & Lucas, 2000; Giacomoni, 2002; Galinha, 2008).

A afetividade refere-se ao afeto que os indivíduos expressam em várias situações, tendo em conta a intensidade e a frequência das emoções positivas relativamente às emoções negativas (Galinha, 2008), ou seja, quanto mais frequentemente uma pessoa experiencia, por exemplo, Afeto Positivo, menor tendência tem para experimentar Afeto Negativo (Diener & Lucas, 2000). Apesar da intensidade e frequência de afeto poderem ser usadas como indicadores do Bem-Estar Subjetivo, de acordo com vários autores, a frequência da experiência emocional positiva parece ser mais relevante que a intensidade das emoções, porque as emoções fortes são raras, não apresentam tanta durabilidade e são normalmente caras (Diener & Lucas, 2000) (Siqueira & Padovam, 2008).

A afetividade, componente do Bem-Estar Subjetivo, é composta pelo Afeto Positivo e o Afeto Negativo (Diener Suh, Lucas & Smith, 1999; Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). O Afeto Positivo refere-se ao grau em que os indivíduos experienciam emoções e humores agradáveis tais como alegria, entusiasmo, interesse, prazer, otimismo, agilidade e envolvimento prazeroso com o meio ambiente (Diener, 2000; Fredrickson, 2000). Altos níveis de Afeto Positivo promovem estados de alta energia, total concentração e satisfação (Nunes, 2007). Contrariamente, o Afeto Negativo refere-se ao grau em que os indivíduos experimentam emoções e humores desagradáveis tais como tristeza, medo, culpa, raiva e sofrimento subjetivo, apresentando estados de letargia, apatia e tristeza (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Fujita & Diener, 2005; Ramos *et al*, 2010).

Assim, indivíduos que apresentam elevado Afeto Negativo estão mais propensos a vivenciar angústias e insatisfação, em todas as situações da sua vida. São também indivíduos mais cautelosos em falar sobre as suas falhas e apresentam uma tendência para se focar nos acontecimentos negativos em geral e, portanto, auto-percecionam o mundo de forma maioritariamente negativa, encontrando-se menos satisfeitos com eles próprios e com as suas vidas, apresentando assim níveis reduzidos de Bem-Estar Subjetivo (Watson & Clark, 1984; Brief *et al*, 1988 cit in Brief *et al*, 1993). Inversamente, os indivíduos que apresentam baixos níveis de Afeto Negativo e elevados valores de Afeto Positivo, são descritos por Watson e Clark (1984) como felizes, seguros e satisfeitos com a sua vida em geral (Brief *et al*, 1993).

Quanto à relação existente entre Afeto Positivo e Afeto Negativo, numa primeira instância, remete-nos para a presença de dois fatores bipolares. No entanto, a maioria dos estudos apoia a independência entre estas duas dimensões do afeto (Bradburn, 1969; Watson & Clark, 1984; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Segundo Diener, Suh, Lucas & Smith (1999) os Afetos Positivos e Negativos são componentes importantes e distintos do Bem-Estar Subjetivo que deverão ser estudados separadamente.

A investigação sugere que as emoções positivas têm efeitos positivos na Saúde e no Bem-Estar quando comparando com as emoções negativas. De acordo com Semedo (2010) as emoções positivas são fundamentais para a Saúde, pois promovem o comportamento saudável e desenvolvem na pessoa recursos pessoais e sociais, fatores protetores úteis, para promover a Saúde no futuro.

No entanto, alguns autores chamam atenção para as emoções negativas conferindo-lhes uma função adaptativa em determinadas situações, em que perante determinados estímulos, estas emoções podem ser mais adequadas à preservação da saúde física e mental. Oishi, Diener e Lucas (2007) defendem que apesar de um nível elevado de emoções positivas ser vantajoso para a maioria das pessoas, em certas circunstâncias podem não ser as mais adequadas.

Contudo, as emoções positivas promovem a atenção e a criatividade, assim como a saúde física, intelectual e psicossocial (Oishi, Diener & Lucas, 2007), contribuem também para um aumento da resiliência perante situações adversas, ajudando, deste modo, a atuar e a atenuar os efeitos nefastos das emoções negativas sobre o corpo e a mente (Nunes, 2007; Galinha, 2008)

De acordo com Diener, Suh, Lucas & Smith (1999) uma pessoa feliz é dotada de um temperamento positivo, tende a olhar para os eventos de forma positiva, procura não

pensar em eventos negativos, vive numa sociedade economicamente desenvolvida, tem uma boa base relacional e recursos para realizar progressos em direção a metas valorizadas.

Assim, quanto mais frequentemente uma pessoa experiencia Satisfação com a Vida e emoções positivas e menos frequentemente experiencia emoções negativas, como tristeza, agressividade, melhor será o seu Bem-Estar Subjetivo. Contrariamente, uma pessoa apresentará um reduzido Bem-Estar Subjetivo se manifestar insatisfação com a vida, pouca alegria ou pouco Afeto Positivo e se expressar frequentemente emoções negativas (Galinha, 2008).

1.6. Suporte social

O Suporte Social é um construto multidimensional definido como a rede social ou o ambiente social na qual as pessoas se inserem, onde existem relações sociais e interpessoais entre os membros dessa rede e engloba todos os recursos facultados pelas outras pessoas (Helgeson, 2003; Coventry *et al*, 2004). De acordo com Sarason *et al*, (1983) o Suporte Social refere-se à existência ou disponibilidade de pessoas em quem o indivíduo confie, pessoas que demonstrem preocupação para com o indivíduo, que o valorizem e gostem da sua companhia.

Segundo Siqueira (2006) o Suporte Social é um processo dinâmico e complexo que envolve transações entre um indivíduo e as outras pessoas com quem convive nos diferentes microssistemas em que se insere, desde família, amigos, escola, entre outros, sendo que essas relações sociais disponibilizam auxílio formal e informal à pessoa, de modo a lidar com os seus problemas e acontecimentos de vida, a partilhar atividades e a prestar ajuda material (Caplan, 1974 cit in Guterres, 2002; Ribeiro, 1999; Dunst & Trivette, 1990 cit in Ribeiro, 1999).

Segundo Ribeiro (1999) e Gaspar *et al* (2009) o Suporte Social pode apresentar uma estrutura organizacional dicotómica: a origem e o tipo.

Quanto à origem, este pode ser dividido em formal ou informal (Dunst & Trivete, 1990 cit in Ribeiro, 1999).

O apoio informal, como referido anteriormente, é fornecido pelos familiares, amigos, vizinhos e grupos sociais de referência, nas atividades do dia-a-dia, em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos.

As fontes de Suporte Social formais envolvem entidades organizadas para apoiar as pessoas mais necessitadas, como por exemplo as organizações sociais formais como os hospitais, os serviços de saúde, assim como os profissionais dessas organizações (médicos, assistentes sociais, psicólogos) (Dunst & Trivette, 1990 cit in Ribeiro, 1999).

Relativamente ao tipo, existem dois tipos de Suporte Social: o Suporte Social recebido e o Suporte Social percebido (Cramer, Henderson & Scott, 1997 cit in Ribeiro, 1999; Gaspar *et al*, 2009).

O Suporte Social recebido refere-se a um grupo objetivo de interações, na qual, o indivíduo percebe o suporte que considera ter recebido.

O Suporte Social percebido refere-se à avaliação generalizada que o indivíduo realiza quanto aos vários domínios da sua vida (por exemplo, se é amado, querido e respeitado) e quanto à disponibilidade dispensada por aqueles que fazem parte da sua rede social, assim que ele precisa de apoio, concedendo-lhe um caráter subjetivo (Sarason, Pierce & Sarason, 1994; Ribeiro, 1999; Gaspar *et al*, 2009).

De acordo com Sarason, Pierce & Sarason (1994) a satisfação com o Suporte Social encontra-se associado à Saúde e ao Bem-Estar físico, psicológico e social, à Satisfação com a Vida e a emoções positivas. Assim, o Suporte Social percebido promove uma melhor adaptação pessoal e social (Siqueira & Padovan, 2008), conduzindo assim, a elevados níveis de Bem-Estar Subjetivo.

No entanto, e de acordo com a investigação, o Suporte Social apresenta algumas variações, principalmente em relação ao género e à idade. Desta forma, as raparigas apresentam maior Suporte Social percebido em relação aos pares, enquanto os rapazes apresentam um maior Suporte Social percebido em relação à família; e percebeu-se ainda que o Suporte Social percebido diminui à medida que a idade aumenta (Colarossi, 2001, cit in Gaspar *et al*, 2009; Borges, Matos & Diniz, 2011).

Nas crianças e adolescentes, o Suporte Social tem um importante papel para a sua futura adaptação social e para o seu desenvolvimento comportamental (Gaspar *et al*, 2009). A criança situa-se em vários microssistemas sociais, desde o mais circunscrito - a família -, até ao mais global - a sociedade (Bronfenbrenner, 2005, cit in Gaspar *et al*, 2009). É neste contexto que são estabelecidas as relações sociais mais privilegiadas e que serão determinantes no desenvolvimento do adolescente (King, Huebner, Suldo & Valois, 2006). O estabelecimento de relações emocionais e sociais é fundamental para a construção das representações internas da criança do mundo e dos outros (Gaspar *et al*, 2009).

Nas crianças e adolescentes portuguesas, de acordo com estudos sobre as dimensões de Suporte Social, comprovou-se que a família, principalmente os pais, são a principal fonte de Suporte Social (Vilhjamsson, 1994 cit in Ribeiro, 1999) sendo que a sensibilidade e a qualidade da interação entre pais e filhos promove um maior nível de sociabilidade, maior entusiasmo e maior interesse pelos microssistemas que rodeia a criança (Gaspar *et al*, 2009). O oposto tem sido também estudado e de acordo com Gaspar *et al* (2009) crianças que apresentam relações deficitárias com os pais e que são rejeitados pelos pares, apresentam níveis mais baixos Bem-Estar Subjetivo e maior propensão para a psicopatologia.

1.7. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

Ao longo dos tempos, o conceito de Saúde foi sofrendo alterações significativas que se concretizaram na mudança do paradigma da doença para o paradigma da Saúde. Assim, passou-se do reducionismo da perspectiva biomédica que se baseava na sintomatologia negativa, para a visão mais ampla e positiva da Saúde, caracterizada pela conceção biopsicossocial da Saúde (Galinha, 2008; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Ramos *et al*, 2010). O modelo biopsicossocial possibilita a compreensão da influência mútua dos fatores biológicos, psicológicos e sociais relativamente à Saúde e à doença (Ramos *et al*, 2010). Desta forma, em 1948, a OMS definiu Saúde como um estado de completo Bem-Estar físico, mental, social e espiritual, não se referindo apenas à ausência de doença (OMS, 1948).

Pretende-se, assim, com esta perspectiva, que os indivíduos alcancem um estado de Saúde o mais completo possível, e não se cinjam à supressão dos sinais e sintomas de doença (Gilman & Huebner, 2003; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Atualmente, a Saúde é vista pelas pessoas como algo que lhes proporciona uma vida efetiva, permitindo-lhes também a manutenção do seu funcionamento, conduzindo ao Bem-Estar.

É nesta altura que o conceito de Bem-Estar surge consistentemente associado ao conceito de Saúde. (Terris, 1975; O'Donnel, 1986 cit in Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Estes, são assim, dois conceitos que se apresentam interligados, uma vez que, a Saúde provoca efeitos sobre o Bem-Estar, na medida em que, a doença mental plena corresponde a um elevado nível de sintomas de doença e um reduzido Bem-Estar Subjetivo e, por sua

vez, um estado de saúde mental plena, estará associada a níveis superiores de Bem-Estar Subjetivo e a um reduzido número de sinais de doença (Huebner, 1994).

De acordo com Joshanloo e Nosratabdi (2009) Saúde e doença são os extremos da mesma dimensão, sendo que a saúde mental é uma das dimensões do continuum entre Saúde e doença.

Saúde mental, no continuum saúde-doença, está mais próxima da Saúde e é descrita como um estado que permite ao indivíduo ter emoções positivas, funcionar socialmente de forma adaptativa e estabelecer ativamente relações com os restantes agentes sociais (Keys, 2003 cit in Joshanloo & Nosratabdi, 2009). Já a perturbação mental encontra-se mais próxima da doença, no continuum, sendo considerada uma síndrome ou um conjunto de padrões comportamentais/psicológicos clinicamente significativos (Joshanloo & Nosratabdi, 2009). Desta forma, e segundo Gaspar e Matos (2008), o conceito de Saúde não deve ser entendido apenas ao nível dos sintomas somáticos, deve também englobar as perceções individuais ao nível do Bem-Estar psicológico, físico, social e comportamental, propondo-se assim a denominação de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde ou Saúde Mental.

De acordo com a OMS (2001, cit in Silva, 2009) Qualidade de Vida relacionada com a Saúde ou Saúde Mental é, por um lado, quando uma pessoa é capaz de perceber as suas potencialidades, concretizar os seus desejos e satisfazer as suas necessidades sendo capaz de lidar com todos os constrangimentos que possam advir ao longo da vida e por outro, de viver em determinado meio e contribuindo para a sua comunidade. Parece existir assim um consenso, numa visão multidimensional, de que a Saúde não só inclui o Bem-Estar físico e a ausência de sinais e sintomas de doença, mas compreende também o Bem-Estar Subjetivo, onde se inclui, entre outras, a alegria, a felicidade e a Satisfação com a Vida, assim como o desempenho, a autorrealização e a capacidade de investir na vida (Keyes, 2006; Gaspar & Matos, 2008; Remédios, 2010).

A Saúde é vista, portanto, como um recurso para a vida diária, abarcando os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (Ryff & Singer, 1998 cit in Remédios, 2010). A Qualidade de Vida relacionada com a Saúde é entendida como um aspeto vinculado ao Bem-Estar, à qualidade de vida, à capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com os outros. Keyes (2006) defende que a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde é um estado completo de Bem-Estar Subjetivo e Bem-Estar Psicológico e que os indivíduos com elevada Saúde Mental são mais eficientes, mais produtivos e menos sujeitos a problemas de saúde.

Com base nestes pressupostos, a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde e consequentemente o Bem-Estar Subjetivo, constituem-se como valores fundamentais para o indivíduo.

No entanto, para Diener, Suh e Oishi (1997), a distinção entre Bem-Estar Subjetivo e Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, passa a constituir um aspeto de fundamental relevância, pois, segundo os autores, Bem-Estar Subjetivo não é sinónimo de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, nem pode ser confundido com Saúde Mental ou saúde psicológica, pois, um indivíduo pode sentir-se bem com vários domínios da sua vida e não estar feliz. Por outro lado, uma pessoa que apresente uma perturbação mental poderá sentir-se feliz e satisfeita com a sua vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Assim, estes autores concluem que apesar do Bem-Estar Subjetivo ser uma dimensão essencial da Saúde Mental e uma condição desejável para o indivíduo, não se assume como medida absoluta para a sua mensuração (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Galinha, 2008).

O funcionamento positivo dos indivíduos e das sociedades é influenciado pela Qualidade de Vida relacionada com a Saúde (Keyes, 2006), sendo de extrema importância a identificação dos fatores positivos que potenciam a Saúde Mental, tal como os fatores de risco (Santos, 2008).

Diversos fatores de risco têm sido identificados relativamente à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde e Saúde Mental dos indivíduos, nomeadamente fatores de ordem familiar (baixo estatuto económico, conflito familiar, pais com doença mental); fatores emocionais (abuso, apatia, baixa autoestima); fatores ligados à escola/emprego (fracasso, desmotivação, bullying, défices desenvolvimentais); e fatores ecológicos (desemprego, pobreza extrema, discriminação) (Baum & Posluszny, 1999; Matos & Sardinha, 1999).

Assim, a presença de problemas de Saúde Mental durante a infância e adolescência condicionam de forma negativa os níveis de Bem-Estar Subjetivo (Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch & Wille, 2008).

Num estudo realizado com crianças e adolescentes espanholas, concluiu-se que a Saúde global diminui com o aumento da idade e é mais reduzida no sexo feminino (Ramos *et al*, 2010). Resultados idênticos foram encontrados numa pesquisa efetuada com adolescentes portugueses. No que respeita ao sexo, os rapazes relataram níveis mais elevados de Saúde em comparação com as raparigas e verificou-se ainda que, à medida que a idade aumenta, diminui a perceção de Saúde positiva (Borges *et al*, 2011).

1.8. Autorrelatos das crianças e Percepção dos Pais sobre os seus filhos

Um dos principais e mais usual método para avaliar o Bem-Estar Subjetivo, consiste no uso do autorrelato, onde o próprio indivíduo avaliado, aplica concepções subjetivas acerca da satisfação que possui com a sua vida e da frequência das emoções afetivas, apoiando-se nas suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências prévias (Diener, Oishi & Lucas, 2003) visto ser o próprio, o autor dessas vivências, sendo o mesmo, o único capaz de julgar com maior exatidão as suas experiências de prazer e desprazer, assim como avaliar a sua satisfação ou não com a sua vida (Diener & Lucas, 2000).

Um instrumento de autorrelato permite à criança expressar, tendo em conta a sua própria concepção, aquilo que ela pensa e sente acerca do seu Bem-Estar, sendo uma mais-valia para chegar às percepções da mesma sobre diversos aspetos da sua vida (Skinner, 1978 cit in Kohlsdorf & Junior, 2009; De Rose, 2001). No entanto, este método, não é o mais viável para todas as crianças, devido a vários fatores: 1) às possíveis limitações nas capacidades linguísticas e cognitivas das crianças (Hays *et al*, 1995; Measelle, John, Ablow, Cowan & Cowan, 2005; Meyer & Kurtz, 2006); 2) à motivação para responder ao questionário (Measelle, John, Ablow, Cowan & Cowan, 2005); 3) à consciência que a criança tem das suas características, emoções e sentimentos (De Rose, 2001); 4) devido aos fatores como auto-estima e autoconceito ainda estarem em processo de formação, influenciando a descrição que a criança faz de si (Grietens, Onghena, Prinzie, Gadeyne, Van Assche, Ghesqui`Ere & Hellinckx, 2004); 5) à diminuta visão de longo prazo para interpretar os eventos (Hays *et al*, 1995; Theunissen, Vogels, Koopman, Verrrips, Zwinderman, Verloove-Vanhorik & Wit, 1998; (Measelle, John, Ablow, Cowan & Cowan, 2005; Meyer & Kurtz, 2006) 6) e devido ao comportamento relatado não corresponder ao comportamento efetivo, muitas vezes consequência da desajustabilidade social (Kohlsdorf & Junior, 2009).

Desta forma, para conseguirmos chegar a relatos mais objetivos, informações mais confiáveis, válidas e mais próximas da realidade da criança, torna-se necessário recorrer a proxies, que são figuras próximas das crianças, que exercem um papel ativo na vida das mesmas, pessoas essas que passam grande parte do seu tempo em contacto com a criança, nomeadamente pais, professores, encarregados de educação, entre outros (Theunissen *et al*, 1998).

Desta forma, o instrumento de h etero-relato, propicia   criana ser avaliada de acordo com o ponto de vista de um adulto que convive com ela, tornando-se um importante avaliador de aspetos relevantes da sua vida, como a sua qualidade de vida, Bem-Estar, satisfao com as várias áreas da sua vida, entre outras.

Os pais, por sua vez, são considerados uns dos melhores informantes por excelência, pois são capazes de observar uma variedade de comportamentos em diferentes situaoes e por longos períodos de tempo, tendo acesso a comportamentos mais pormenorizados e menos frequentes (Rothbart & Bates, 1998; Theunissen, Vogels, Koopman, Verrips, Zwinderman, Verloove-Vanhorick & Wit, 1998).

Em geral, os estudos demonstram uma concordância entre os relatos dos pais e os autorrelatos dos filhos, de baixo a moderado, existindo uma maior concordância relativamente a dimensões e comportamentos mais concretos e facilmente observáveis (exteriorizados), em comparao com os comportamentos mais internalizados e subjetivos, que existe uma menor concordância (Herjanic & Reich, 1982; Edelbrock *et al*, 1989; Achenbach *et al*, 1987; Lobchuk & Degner, 2002 cit in Pickard & Knight, 2005). Mais ainda, vários estudos referem a existência de uma correlao moderada entre diferentes relatores, principalmente entre pai e mãe (Fergusson & Horwood, 1993; Frauenglass & Routh, 1999; Hay *et al*, 1999; McConaughy, 1992; Silverman & Rabian, 1999; Simonoff *et al*, 1995; Stanger & Lewis, 1993).

Desta forma, a maior parte das crianas, relatam um menor otimismo acerca do seu Bem-Estar relativamente aos relatos dos seus pais (Theunissen *et al*, 1998; Eiser & Morse, 2001; Waters, Stewart-Brown & Fitzpatrick, 2003). Mais ainda, quanto mais pessimistas são os pais, as crianas apresentam uma visão mais otimista das coisas e ao contrário, quanto mais otimistas são os pais, mais pessimistas são as crianas (Theunissen *et al*, 1998).

Cada perspetiva de proxy tem o potencial de fornecer informaoes valiosas que podem convergir ou divergir em graus variados com a autoavaliao dos avaliados (Pickard & Knight, 2005).

Apesar da perspetiva dos proxies fornecer valiosas informaoes sobre os avaliados (Pickard & Knight, 2005), vários autores defendem que os relatos dos pais não devem substituir os autorrelatos dos filhos, uma vez que os pais podem sobrestimem ou subestimem o verdadeiro sentimento do filho (Theunissen *et al*, 1998), não se devendo descorar do verdadeiro discurso dos autorrelatos das crianas (Theunissen *et al*, 1998; Eiser & Morse, 2001; Waters, Stewart-Brown & Fitzpatrick, 2003).

1.9. Bem-Estar Subjetivo autorrelatado pelas crianças e percepção dos pais sobre o Bem-Estar Subjetivo dos filhos

O Bem-Estar Subjetivo é um construto multidimensional que diz respeito à forma como as pessoas avaliam, subjetivamente, as suas vidas positivamente (Giacomoni, 2004).

Como fonte apropriada para avaliar o Bem-Estar, encontra-se a que é realizada pelo próprio indivíduo em avaliação, relativamente à sua própria percepção de Saúde e Bem-Estar (autoavaliação), propondo-se o preenchimento de um questionário para que o próprio avalie aspetos da sua vida (Pickart & Knight, 2005).

Em muitas situações, e principalmente nos estudos em que participam crianças com dificuldades cognitivas e de comunicação, problemas de compreensão, incapacidade desenvolvimental ou doentes com grande debilidade física (Sneeuw *et al*, 1998; Stancliffe, 2000), recorrer a informantes secundários (*proxies*), é um recurso alternativo.

Na literatura existente, o termo *intermediário/proxy* refere-se às pessoas que fornecem informações valiosas sobre alguém, que estão a avaliar (Jardim *et al*, 2010), sendo que de acordo com Glaser, Davies, Walker e Brazier (1997) os intermediários que têm um maior contacto com a criança, normalmente os pais, realizam uma avaliação mais fidedigna à percepção infantil.

Desta forma, o *proxy* irá avaliar a criança tendo em conta a forma como ele pensa que a criança se avaliaria, considerando que as informações que os *proxies* revelam sobre a criança podem aproximar-se ou distanciar-se, em maior ou menor escala das autoavaliações das próprias crianças (Pickart & Knight, 2005).

Comparada com a autoavaliação da criança, as percepções dos pais permitirão avaliar a capacidade dos mesmos, em compreender as percepções dos próprios filhos (Jardim *et al*, 2010). Esta, é assim uma fonte alternativa para obter um juízo suplementar sobre uma pessoa, focalizando a atenção do intermediário no ponto de vista do avaliado (Pickart & Knight, 2005).

No entanto, é preciso ter em atenção certos aspetos, desde a avaliação comparativa que os pais fazem dos seus filhos, comparando-os com outras crianças da mesma idade, assim como as expectativas que os mesmos criam em relação aos seus filhos, sendo que estas condições podem influenciar a percepção que os pais têm dos seus filhos (Eiser e Morse, 2001; Wiedebusch, Pollmann, Siegmund & Muthny, 2008; Wheeler, Skinner & Bailey, 2008; van den Tweel *et al*, 2008).

Mais ainda, Robitail e colaboradores (2006) referem que as crianças e os adolescentes podem ter expectativas para as suas vidas diferentes daquelas que os pais consideram dos seus filhos e, se ambos não compartilharem estas expectativas uns com os outros, vai afetar a avaliação que os pais realizam sobre os seus filhos.

Schwimmer, Burwinke e Varni (2003) e Theunissen e colaboradores (1998) reforçam ainda a ideia de que algumas diferenças encontradas entre os relatos das crianças e os relatos fornecidos pelos pais, se referem ao facto de a visão das crianças ser baseada nas suas próprias percepções e estados internos, enquanto a percepção dos pais é baseada nas observações de comportamento das crianças.

Segundo Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch & Ravens-Sieberer (2007) concluíram, pais e filhos que respondem ao mesmo questionário, baseiam as suas respostas em diferentes experiências e raciocínios, usam diferentes processos de resposta e interpretam os itens de forma diferente, daí não existir uma total concordância entre os relatos das crianças e a percepção dos pais. Segundo Eiser e Morse (2001) e Gaspar e Matos (2008), a correlação existente entre os autorrelatos das crianças e as percepções dos pais é maior quando se avaliam aspetos físicos observáveis, como condição de saúde, sendo que em domínios mais subjetivos, que não são tão objetivos ao intermediário, a correlação entre os mesmos é mais baixa (Pickart & Knight, 2005).

De acordo com vários estudos, foi possível observar que uma grande maioria avalia a congruência entre os diferentes indivíduos, através do coeficiente de correlação intraclasse (Novella, Jochum, Jolly, Morrone, Ankri, Bureau & Blanchard, 2001; Weinfurt, Trucco, Willke & Schulman, 2002; Waters, Steward, Brown & Fitzpatrick, 2003; Pickard, Johnson, Feeny, Shuaib, Carriere & Nasser, 2004; Chang & Yeh, 2005; April, Feldman, Platt & Duffy, 2006; Soares, 2013; Koo & Li, 2016). No entanto, uma minoria para avaliar a congruência, recorre ao coeficiente de correlação de Pearson como é o caso dos estudos de Seiffge-Krenke & Kollmar (1998), Hay, Pawlby, Sharp, Schmucker, Mills, Allen & Kumar (1999), e ainda de Russel, Hudson, Long & Phipps (2006) assim como à regressão polinomial como é o caso dos estudos de Vierthaus, Rueth e Lohaus (2016) e Nelemans, Branje, Hale, Goossens, Koot, Oldehinkel e Meeus (2016).

Tendo em consideração a notável carência de estudos nesta área, o presente estudo, considerado um estudo pós facto prospetivo, tendo em conta a nomenclatura de Montero e León (2007), tem como objetivo geral avaliar em que medida o Bem-Estar Subjetivo das crianças é percebido de forma congruente pela tríade composta pelas próprias crianças, respetivos pais e respetivas mães. Em particular, definiram-se os seguintes

objetivos específicos: 1) perceber se existem diferenças entre os autorrelatos das crianças, pais e mães relativamente ao Bem-Estar Subjetivo das crianças; 2) analisar as relações entre os relatos da tríade relativamente ao Bem-Estar Subjetivo das crianças e finalmente; 3) avaliar o acordo entre os relatos da tríade criança, pai e mãe relativamente ao Bem-Estar Subjetivo das primeiras.

Desta forma, tendo em conta a revisão bibliográfica e os objetivos expostos, temos como hipóteses de estudo:

H₀: Não existem diferenças entre os relatos da tríade sobre o Bem-Estar Subjetivo das crianças.

H₁: Existem diferenças entre os relatos da tríade sobre o Bem-Estar Subjetivo das crianças.

H₀: Não existe uma associação positiva entre a percepção de Bem-Estar Subjetivo autorrelatado pelas crianças e a forma como os pais e as mães percebem o Bem-Estar Subjetivo dos seus filhos.

H₁: Existem associações positivas entre os autorrelatos das crianças e a percepção dos pais e das mães sobre o Bem-Estar Subjetivo dos filhos.

H₀: Não existe acordo entre o autorrelato das crianças e a percepção dos pais e das mães sobre o Bem-Estar Subjetivo dos filhos.

H₁: Existe acordo entre o autorrelato das crianças e a percepção dos pais e das mães sobre o Bem-Estar Subjetivo dos filhos.

2. Metodologia

Nesta secção será apresentada a descrição da metodologia científica utilizada, 1) descrevendo a amostra e o processo de recrutamento dos participantes e 2) apresentando os instrumentos utilizados.

2.1. Participantes

A amostra da presente investigação é constituída por 1482 crianças e respetivos pais e mães, perfazendo um total de 4446 sujeitos.

As crianças apresentam idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, com uma idade média igual a 9.9 anos ($DP = 1.6$). Quanto ao sexo, esta subamostra subdivide-se em 739 raparigas (49.9%) e 741 rapazes (50.1%). Tanto as raparigas como os rapazes têm idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, com uma média de 9.92 ($DP = 1.59$) e 10.06 ($DP = 1.60$) anos, respetivamente (cf. Tabela 1).

Relativamente aos *proxies* masculinos, participaram no estudo 1482 pais com idades compreendidas entre os 20 e os 67 anos, com uma média de idades de 42.1 anos. No que se refere ao ano de escolaridade, a frequência mais representativa de escolaridade dos *proxies* masculinos varia entre os 6.º ano (22.5%), o 9.º ano (20.3%) e o 12.º ano (19.8%). Quanto ao estado civil, 87.5% dos *proxies* masculinos referiram ser casados (cf. Tabela 1).

Relativamente aos *proxies* femininos, participaram no mesmo estudo 1482 mães, com idades compreendidas entre os 24 e 68 anos, sendo que a média de idades é de 39.8 anos. Quanto ao ano de escolaridade, a média dos *proxies* femininos varia entre o 12.º ano (23.3%), o 9.º ano (20.5%) e o 6.º ano (18.9%). No que se refere ao estado civil, cerca de 79.7% dos *proxy* femininos referiram ser casadas (cf. Tabela 1).

Tabela 1.

Caraterização da amostra total

	Crianças		<i>Proxies</i>	
	Rapazes	Raparigas	Masculino	Feminino
<i>n</i>	741	739	1482	1482
%	50.1	49.9	100	100
Idade				
Média	10.0	9.9	42.1	39.8
Desvio-Padrão	1.6	1.5	5.9	5.6
% Estado civil				
Casado	0	0	87.5	79.7

Divorciado	0	0	4.2	9.8
União de facto	0	0	3.8	3.7
Solteiro	100	100	4.3	6.1
Viúvo	0	0	0.2	0.7
% Habilitações				
1º	3.4	3.3	0.1	0.1
2º	2.3	2.4	0.1	0.1
3º	18.7	20.7	0.5	0.3
4º	15.6	16.6	9.4	8.3
5º	18.7	18.3	2.1	0.9
6º	23.6	22.8	22.5	18.9
7º	17.7	15.9	3.5	2.2
8º	0	0	2.3	2.0
9º	0	0	20.3	20.5
10º	0	0	1.6	2.2
11º	0	0	2.2	1.1
12º	0	0	19.8	23.3
Licenciatura	0	0	13.7	17.4
Mestrado	0	0	1.7	2.3
Doutoramento	0	0	0.2	0.2
Pós-Graduação	0	0	0.0	0.1

2.2. Instrumentos

Foram administrados os seguintes instrumentos:

2.2.1. Kidsreen – 10

O instrumento Kidsreen-10 (Anexo A) é uma versão reduzida do Kidsreen- 52, e do Kidsreen-27, do qual foram selecionados 10 itens, que constituem um instrumento unidimensional. Este é um questionário de auto-preenchimento que avalia a forma como as crianças percebem a qualidade da sua vida em geral, constituído por 10 questões acerca da forma como na última semana a criança se sentiu, e tem como objetivo compreender e caracterizar a percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde nas crianças e os fatores sociais e pessoais promotores dessa qualidade de vida relacionada com a saúde (Gaspar & Gaspar de Matos, 2008).

Reportando-se à última semana, os participantes deverão responder aos dez itens, devendo estas respostas serem posicionadas numa escala de tipo Likert de 5 pontos, sendo que 1 refere-se a “nunca” e 5 refere-se a “sempre”.

Um valor baixo neste instrumento, reflete sentimento de infelicidade, insatisfação e desadequação face aos diversos contextos da vida das crianças, nomeadamente, família, grupo de pares e escola. Uma cotação elevada, revela uma sensação de felicidade, percepção de adequação e satisfação com os mesmos contextos.

Este instrumento apresenta boa consistência e boas qualidades psicométricas (The Kidsreen Group Europe, 2006; Gaspar & Gaspar de Matos, 2008).

No que respeita ao Kidsreen-10 (Versão proxy), o instrumento avalia a forma como os pais percebem a qualidade de vida relacionada com a saúde, das crianças, sendo que a única diferença observável entre a versão para crianças e a versão proxy está no tipo de instrução e na conjugação dos verbos das frases. Enquanto na versão dirigida à criança a instrução é “pensa na última semana...”, na versão dirigida aos pais e às mães, a instrução é a seguinte “Pense na última semana... De que forma o seu filho ou a sua filha...” (The Kidsreen Group Europe, 2006).

2.2.2. Escala de Tonalidade Emocional

A escala Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen, em 1988 e procura avaliar o afeto positivo e negativo, definidos como dimensões gerais que descrevem a experiência afetiva dos indivíduos (Galinha,

Pereira & Esteves, 2014). O afeto negativo elevado reflete desprazer e mal-estar subjetivo enquanto o afeto positivo reflete prazer e bem-estar subjetivo (Crawford & Hanry, 2004).

O PANAS tem sido validado em várias culturas e em diferentes línguas e os resultados têm demonstrado boas qualidades psicométricas (validade de constructo, convergente e discriminante) (Terracciano, McCrae & Costa, 2003). No entanto, a tradução semântica das emoções não é um processo fácil, pois há emoções que podem ter várias traduções possíveis.

Em 2010, Rocha e Moreira adaptaram esta escala à população Portuguesa com a designação de Escala de Tonalidade Emocional. Esta escala é composta por 27 itens e tal como a original, avalia duas dimensões: os afetos positivos, subescala composta por 12 itens e os afetos negativos em que a sua subescala é composta por 15 itens, sendo que cada item corresponde a uma emoção ou sentimento (Rocha & Moreira, 2010).

Este instrumento avalia, de acordo com a temporalidade descrita “nas últimas semanas” o estado afetivo e o humor das crianças (Galinha, Pereira & Esteves, 2014).

O respondente deve assinalar a opção que mais se aplica a si, numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando entre “Nada ou muito ligeiramente” e “extremamente” (Rocha & Moreira, 2010).

A versão proxy deste instrumento distingue-se da versão de autopreenchimento fornecida à criança no tipo de instrução fornecida. Ou seja, enquanto na versão de autopreenchimento a instrução é feita na primeira pessoa do indicativo à criança, na versão proxy, a instrução é feita na terceira pessoa do indicativo: “em que medida considera que o seu filho ou a sua filha sentiu as seguintes emoções ou sentimentos durante as últimas semanas” (Rocha & Moreira, 2010).

Os respondentes devem assim assinalar a opção que mais se aplica ao seu filho, numa escala tipo Likert de 5 pontos, variando entre “Nada ou muito ligeiramente” e “extremamente” (Rocha & Moreira, 2010).

2.2.3. Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A ESSS é um questionário de autopreenchimento que contém um conjunto de afirmações (12 afirmações). O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação numa escala de Likert com cinco pontos, em que 1 significa “concordo totalmente”, 2 “concordo na maior parte”, 3 “não concordo nem discordo”, 4 “discordo a maior parte”, e 5 “discordo totalmente”. Este instrumento pretende avaliar as

necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido, ou seja, focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ao lhe oferecerem suporte (família, amigos, intimidade e atividades sociais).

Relativamente às qualidades psicométricas, tanto a versão original como a versão portuguesa revelaram bons níveis de consistência interna para o total da escala, com alfas de Cronbach de 0.97 e 0.85, respetivamente (Gaspar *et al*, 2009; Vitorino, 2016).

No que se refere à versão proxy desta escala, a única diferença prende-se com o tipo de instrução fornecida ao avaliador: “por favor assinale o grau em que concorda com as afirmações acerca do seu filho ou da sua filha, utilizando para isso apenas uma das respostas apresentadas na tabela”.

2.2.4. Escala Breve de Satisfação com a Vida

A Escala Breve de Satisfação com a Vida é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o bem-estar subjetivo e tem por objetivo avaliar o juízo subjetivo que as pessoas fazem das suas próprias vidas a nível global (suporte social, suporte familiar, pessoal) (Huebner, 1991a).

Neste estudo, foi aplicada a adaptada à população Portuguesa por Paulo Moreira.

Esta escala é constituída por 6 itens formulados no sentido positivo, com uma escala de resposta tipo likert de 7 pontos, que varia entre 0 e 6, sendo que 0 corresponde a uma perceção terrível da sua satisfação com a vida e 6 corresponde a uma perceção fantástica.

A Escala Breve de Satisfação com a Vida tem mostrado uma forte consistência interna e uma moderada estabilidade temporal (Pavot & Diener, 1993).

A validade de construto do instrumento é visível pelas correlações positivas e significativas que o mesmo apresenta com outros instrumentos de avaliação do bem-estar e da satisfação com a vida (Pavot & Diener, 1993).

No que se refere à validade discriminante da Escala Breve de Satisfação com a Vida, os estudos mostram que muito embora a satisfação com a vida e o bem-estar subjetivo estejam relacionadas, são construtos independentes, existindo resultados que sugerem a evidência da validade discriminante da escala (Pavot & Diener, 1993).

As características psicométricas da adaptação à escala portuguesa revelaram boas características psicométricas e uma estrutura unifactorial que é possível identificar como a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo (Pavot & Diener, 1993).

Na sua versão proxy, este instrumento apresenta como única diferença do instrumento de autorrelato da criança no tipo de instrução feita e nas afirmações apresentadas. Neste caso, em vez da afirmação ser feita na primeira pessoa do indicativo, é feita na terceira pessoa: A satisfação do seu filho/filha com...”.

2.3. Procedimentos

2.3.1. Procedimentos de recolha da amostra

Trata-se de uma amostra por conveniência, já que se recorreram a escolas conhecidas à investigadora, e de efeito “bola de neve”, pois identificaram-se e contactaram-se outros sujeitos a partir do contacto com outros indivíduos. A recolha da amostra decorreu durante um período de três meses, mais concretamente entre dezembro e fevereiro.

Importante referir que todos os procedimentos realizados ao longo do presente trabalho tiveram em consideração os pressupostos éticos subjacentes à prática investigativa, em geral, e à investigação em psicologia clínica, em particular (OPP, 2011). A recolha dos dados pautou-se sempre pelo respeito e salvaguarda da integridade física e psicológica dos participantes deste estudo, sendo que foi garantido, a cada participante, o anonimato e a confidencialidade dos dados, assegurando que os mesmos se destinam exclusivamente para efeitos de investigação.

Posteriormente procedeu-se à constituição de um pedido de autorização ao Ministério da Educação com o objetivo de autorizar a passagem dos inquéritos em escolas públicas. De seguida, redigiu-se um pedido de autorização aos Conselhos Executivos dos Agrupamentos de escolas de Vizela, Infias, Abação, Costa Matos (Porto) e ao Externato Delfim Ferreira para a aplicação dos inquéritos entre o 1º e o 7º ano de escolaridade.

Concedidas as autorizações por parte do Ministério da Educação e dos Conselho Executivo das escolas, reunimos com os presidentes das respetivas escolas para perceber os melhores dias para realizar a entrega e recolha dos inquéritos. Assim, foi entregue em todas as turmas do 1º ao 7º ano um envelope com dois inquéritos (um para o pai e outro para a mãe) e um consentimento informado, sendo que, em concordância com a direção, realizamos a recolha dos dados, do 5º ao 7º ano, nas aulas de educação para a cidadania, religião e moral, música e educação tecnológica. Do 1º ao 4º ano, as recolhas foram realizadas na parte da tarde, após o término das aulas, altura em que os meninos estavam em ATL.

Foi solicitada a colaboração dos diretores de turma para que alertassem os alunos diariamente para não se esquecer dos inquéritos, e nas escolas EB1 pediu-se aos professores responsáveis pela turma que falassem com os pais diretamente, quando estes fossem buscar os meninos à escola.

A recolha de dados efetuou-se em contexto de sala de aula, com um tempo de demora de cerca de 15 a 20 minutos, e os inquéritos só eram entregues ao aluno para preenchimento, após receber o consentimento dos pais assinado e autorizando a participação do aluno no estudo.

Seguidamente, prosseguiu-se com a aplicação dos instrumentos de avaliação, pela seguinte ordem: Kidscreen-10, Escala de Tonalidade Emocional, Escala Breve de Satisfação com o Suporte Social e por fim Escala Breve de Satisfação com a Vida. Durante a aplicação dos instrumentos, foi sempre assegurada a compreensão das questões por parte dos participantes, procedendo-se à sua reformulação, sempre que necessário.

Finalmente, procedeu-se à cotação dos questionários bem como ao tratamento estatístico, realizado através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*).

2.3.2. Procedimentos estatísticos

Terminada a recolha de dados, estes foram processados numa base de dados e as análises descritivas e inferenciais foram efetuadas pelo *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 23 para o *Windows*.

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das variáveis em estudo em função de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão), os valores mínimos e máximos bem como as frequências das características da população em estudo. Seguidamente, recorreremos à estatística inferencial e utilizamos testes paramétricos, pois verificou-se que os pressupostos estavam distribuídos de forma tendencialmente normal e a homogeneidade da variância foi cumprida. Desta forma, utilizamos o teste ANOVA unifactorial com um post-hoc *Tukey*, de forma a conseguirmos chegar à comparação de médias entre os auto-relatos das crianças, os relatos dos pais e os relatos das mães nas diferentes dimensões do bem-estar e na forma compósita do BES. O nível de significância foi estabelecido em 5%, sendo os valores estatisticamente significativos, todos os que se situam neste valor ou abaixo deste ($p \leq 0.05$). Posteriormente, utilizamos o teste paramétrico para obtermos o coeficiente de correlação de Pearson para assim percebermos em que dimensões e grupos, existe maior e menor associação.

Relativamente à magnitude da correlação, baseamo-nos nos pressupostos de Franzblau (1958), em que entre 0 e 0.2 a confiabilidade é muito fraca; entre 0.2 e 0.4 fraca; entre 0.4 a 0.6 é moderada; entre 0,6 e 0,8 é forte e, finalmente, entre 0.8 até 1 é muito forte. Relativamente a este teste e tal como no anterior, estabelecemos o nível de significância em 5%, que nos diz que 95% dos casos analisados apresentam associações. Finalmente, utilizamos o teste de correlação intra-classe, para percebermos em que dimensões e em que grupos existe acordo. A maioria dos estudos, com o objetivo de avaliar a congruência entre dois ou mais indivíduos recorre ao coeficiente de correlação intraclasse (Novella, Jochum, Jolly, Morrone, Ankri, Bureau & Blanchard, 2001; Weinfurt, Trucco, Willke & Schulman, 2002; Waters, Steward, Brown & Fitzpatrick, 2003; Pickard, Johnson, Feeny, Shuaib, Carriere & Nasser, 2004; Chang & Yeh, 2005; April, Feldman, Platt & Duffy, 2006; Soares, 2013; Koo & Li, 2016). Tendo em conta a magnitude, a confiabilidade foi considerada muito baixa até 0,25), baixa entre 0,26-0,49), moderada entre 0,50 e 0,69), alta entre 0,70 e 0,89) e muito alta acima de 0,90, tendo em conta os valores de referência descritos por Jonson e Gross (1997). Mais uma vez, estabelecemos o nível de significância em 5%.

3. Resultados

3.1. Diferenças de médias

Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os autorrelatos das crianças, os relatos dos pais e os relatos das mães relativamente ao Bem-Estar Subjetivo das crianças. Esta tendência verificou-se tanto ao nível do Bem-Estar Subjetivo na sua forma compósita, como nas suas componentes. A única exceção foi o Afeto Negativo ($F(2) = 0.391; p = .676$) (cf. Tabela 2).

O teste de comparações múltiplas evidencia que estas diferenças se situam entre a perspetiva da criança e da mãe e entre a perspetiva da criança e do pai, não se verificando diferenças entre as perspetivas dos progenitores, para todas as variáveis.

Tabela 2.

Diferenças de médias

Média e Desvio de Padrão					
	Criança	Pai	Mãe	<i>F</i>	<i>p</i>
	(<i>n</i> = 1482)	(<i>n</i> = 1482)	(<i>n</i> = 1482)		
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
Kidscreen	4.14 (0.54)	3.94 (0.51)	3.90 (0.52)	87.119	.000*
Afeto Positivo	4.02 (0.64)	3.85 (0.54)	3.82 (0.52)	49.443	.000*
Afeto Negativo	1.51 (0.53)	1.51 (0.49)	1.52 (0.50)	.391	.676
Satisfação com o Suporte Social	3.77 (0.57)	3.72 (0.44)	3.71 (0.45)	6.695	.001*
Satisfação com a Vida	5.17 (0.79)	5.09 (0.68)	5.05 (0.67)	10.294	.000*
Índice BE Afetivo	2.51 (0.97)	2.34 (0.85)	2.29 (0.84)	23.632	.000*
Índice BE Não Afetivo	2.51 (0.97)	2.34 (0.85)	2.29 (0.84)	31.340	.000*
BES Total	3.44 (0.57)	3.28 (0.48)	3.26 (0.48)	47.867	.000*

* $p \leq .001$

3.2. Associação entre autorrelato da criança, relato do pai e relato da mãe sobre o Bem-Estar Subjetivo da criança.

Para avaliar as relações existentes entre os autorrelatos das crianças nas várias dimensões do Bem-Estar Subjetivo e os relatos dos pais e das mães relativamente às mesmas dimensões, foram calculadas correlações de *Pearson* para o Bem-Estar Subjetivo global (cf. Tabela 3) e suas dimensões (cf. Tabela 4-7).

Em termos gerais, verifica-se que as correlações entre os relatos da tríade (criança, pai e mãe) são estatisticamente significativos e no sentido positivo.

Para a maioria das variáveis (afeto positivo, afeto negativo, satisfação com o suporte social, satisfação com a vida e bem-estar subjetivo total) (cf. Tabelas 3, 5, 6 e 7) essa correlação é mais forte entre os relatos dos progenitores, com a exceção da variável qualidade de vida relacionada com a saúde (cf. Tabela 4), em que a correlação mais

forte (Franzblau, 1958; Bisquerra, Sarriera & Martinez, 2004) se verifica entre a mãe e a criança.

Ainda de uma maneira geral, as correlações entre a criança e os progenitores tendem a ser mais fortes com o pai, como podemos verificar nas Tabelas 3, 5 e 6. Mais uma vez, a exceção a esta tendência verifica-se na variável satisfação com a vida em que a correlação entre a criança e a mãe é mais forte (Franzblau, 1958; Bisquerra, Sarriera & Martinez, 2004).

Tabela 3.

Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre o Bem-Estar Subjetivo Global da criança

	1.	2.
1. C_BES TOTAL		
2. P_BES TOTAL	.445**	
3. M_BES TOTAL	.411**	.764**

Nota. C_BES TOTAL = bem-estar subjetivo total autorrelatado pela criança; P_BES TOTAL = bem-estar subjetivo total da criança relatado pelo pai; M_BES TOTAL = bem-estar subjetivo total da criança relatado pela mãe.

** correlação significativa a 0.01

Tabela 4.

Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde da criança

	1.	2.
1. C_KIDS		
2. P_KIDS	.399	
3. M_KIDS	.832	.679

Nota. C_KIDS = qualidade de vida relacionada com a saúde autorrelatado pela criança; P_KIDS = qualidade de vida relacionada com a saúde da criança relatado pelo pai ; M_KIDS = qualidade de vida relacionada com a saúde da criança relatado pela mãe.

** correlação significativa a 0.01

Tabela 5.

Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre o afeto positivo e o afeto negativo da criança

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. C_AP						
2. C_AN	-.353**					
3. P_AP	.348**	-.221**				
4. P_AN	-.182**	.308**	-.356**			
5. M_AP	.335**	-.165**	.691**	-.301**		
6. M_AN	-.157**	.291**	-.292**	.594**	-.348**	

Nota. C_AP = Afeto positivo autorrelatado pela criança; C_AN = Afeto negativo autorrelatado pela criança; P_AP = Afeto positivo da criança relatado pelo pai; P_AN = Afeto negativo da criança relatado pelo pai; M_AP = Afeto positivo da criança relatado pela mãe; M_AN = Afeto negativo da criança relatado pela mãe.

**correlação significativa a 0.01

Tabela 6.

Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre a Satisfação com o Suporte Social da criança

	1.	2.	3.
1. C_ESSS			
2. P_ESSS	.256**		
3. M_ESSS	.248**	.603**	

Nota. C_ESSS = Satisfação com o suporte social autorrelatado pela criança; P_ESSS = Satisfação com o suporte social da criança relatado pelo pai; M_ESSS = Satisfação com o suporte social da criança relatado pela mãe.

**correlação significativa a 0.01

Tabela 7.

Associação entre autorrelato da criança, relato da mãe e relato do pai sobre a Satisfação com a Vida da criança

	1.	2.	3.
1. C_EBSV			
2. P_EBSV	.316**		
3. M_EBSV	.322**	.673**	

Nota. C_EBSV = Satisfação com a vida autorrelatado pela criança; P_EBSV = Satisfação com a vida da criança relatado pelo pai; M_EBSV = Satisfação com a vida da criança relatado pela mãe.

**correlação significativa a 0.01

3.3. Acordo inter-respondente

Para avaliar o acordo entre os autorrelatos das crianças na dimensão compósita do bem-estar subjetivo e os relatos dos pais e das mães relativamente às mesmas dimensões, foram calculadas correlações intra-classe. As correlações intra-classe e os limites de concordância entre as classificações da criança e pai; criança e mãe; e pai – mãe, são apresentados na Tabela 8. De acordo com a mesma, podemos perceber que existe um acordo estatisticamente significativo entre os autorrelatos das crianças, os relatos dos pais e os relatos das mães. O acordo entre as crianças e as mães é moderado ($IC = 0.532$; $p < 0.01$) e maior, ainda que de forma muito mínima do que entre as crianças e os pais, que também é moderado ($IC = 0.527$; $p < 0.01$) (Jonson & Gross, 1997).

O acordo entre os relatos dos pais e os relatos das mães é maior do que o evidenciado entre qualquer um dos progenitores e a criança ($IC = 0.750$; $p < 0.01$), apresentando um acordo alto (Jonson & Gross, 1997).

Tabela 8.

Correlações intraclasse do bem-estar total entre a tríade

	Correlação intra-classe ICC	(LI-LS)	<i>p</i>
Crianças - Pais	.527	0.476; 0.572	< .01

Crianças - Mães	.532	0.481; 0.577	< .01
Pais – Mães	.750	0.723; 0.774	< .01

4. Discussão dos resultados

A compreensão do Bem-Estar Subjetivo das crianças e da percepção que ambos os progenitores têm da mesma, tem implicações importantes para a promoção de Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida das crianças (Santos, 2016). Tendo em conta a escassez de estudos existentes relativos ao Bem-Estar Subjetivo das crianças e à percepção da díade parental sobre o mesmo construto, este estudo, é pioneiro a investigar os autorrelatos de crianças da população geral, assim como os relatos dos pais e os relatos das mães relativamente ao Bem-Estar Subjetivo dos filhos, sendo que os principais objetivos passaram por: 1) examinar a existência de diferenças entre os autorrelatos das crianças e as percepções dos pais assim como as percepções das mães; 2) verificar em que grupos existem essas diferenças, assim como as relações existentes entre os autorrelatos das crianças e as percepções dos pais e das mães; 3) atestar a existência de acordo entre os autorrelatos das crianças, as percepções dos pais e as percepções das mães, acerca do Bem-Estar Subjetivo das crianças.

Os resultados encontrados neste estudo, permitem algumas apreciações e conclusões relevantes e com implicações significativas ao nível da investigação.

De acordo com a literatura, assim como o objetivo geral e especificamente o primeiro objetivo específico, colocou-se como hipótese a existência de diferenças entre os autorrelatos das crianças e os relatos dos pais e das mães relativamente ao Bem-Estar Subjetivo das crianças.

Uma grande maioria dos estudos sobre o Bem-Estar Subjetivo, Saúde e Qualidade de Vida relacionada com a Saúde procuraram avaliar esses construtos em indivíduos em estado de doença, incluindo pessoas que sofreram AVC (Pickard *et al*, 2004; Dorman *et al*, 1997; Mathias *et al*, 1997) pessoas com demência (Coucill *et al*, 2001; Novella *et al*, 2001), com deficiência (Andresen, 2001), com esclerose lateral amiotrófica (Adelman *et al*, 2004), com esclerose múltipla (Rothwell *et al*, 1997), com vários diagnóstico de cancro (Knight *et al*, 2001; Sneeuw *et al*, 2001; Moinpour *et al*, 2000; Glaser *et al*, 1997; Pierre *et al*, 1998), com lesão na cabeça (Weinfurt *et al*, 2002), com fratura de quadril (Magaziner *et al*, 1988), pessoas com epilepsia (Ronen *et al*, 2003; Hays *et al*, 1995) e

com asma na infância (Guyatt *et al*, 1997), assim como idosos (Tamim, McCusker & Dendukuri, 2002).

Em geral, a maioria destes estudos, revelaram que os autorrelatos dos pacientes apresentavam diferenças significativas, tendo em conta os relatos dos seus pais/cuidadores. Ou seja, concluiu-se que os pais/cuidadores relataram valores inferiores aos autorrelatados pelos pacientes, inferindo pior conotação ao verdadeiro sentimento do doente (Glaser *et al*, 1997; Pierre *et al*, 1998; Hays *et al*, 1995; Sneeuw *et al*, 2001; Ronen *et al*, 2003; Pickard *et al*, 2004; Adelman *et al*, 2004; Guyatt *et al*, 1997). Mais ainda, Davison *et al* (2002), Grassi *et al* (2008) e Sneeuw *et al* (1997) ao compararem os autorrelatos de pessoas doentes com as perspetivas de dois avaliadores proxy, concluíram diferenças significativas entre os autorrelatos das pessoas doentes com os relatos dos proxys, sendo que os relatos entre os proxys eram muito semelhantes, apresentando geralmente diferenças mínimas entre os dois.

Considerando o presente estudo, confrontando os resultados e de igual forma aos estudos acima referenciados e tendo por base o primeiro objetivo da presente investigação, identificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os autorrelatos das crianças e os relatos dos pais e das mães, o que nos permite, desta forma, rejeitar a hipótese nula.

Tendo em conta essas diferenças, podemos afirmar que as crianças auto-percecionam o seu Bem-Estar Subjetivo nas várias dimensões e na dimensão compósita do Bem-Estar Subjetivo de forma mais positiva quando comparada com as perceções de ambos os progenitores. Tal como acima mencionado, estes resultados são consistentes com os estudos realizados por Sawyer *et al* (1999), Wake *et al* (2000) e Eiser e Morse (2001) na qual os cuidadores de crianças portadoras de uma condição física ou cognitiva, relataram valores inferiores aos autorrelatados pelas crianças, no que respeita ao construto Qualidade de Vida relacionado com a Saúde e Bem-Estar.

De acordo com a presente investigação, apontamos ainda que os relatos entre a díade criança – mãe apresentam uma maior divergência comparando a díade criança – pai, o que nos permite identificar maiores diferenças entre os autorrelatos das crianças e os relatos das mães, ainda que as diferenças entre os pais e as mães sejam mínimas. Como já mencionado, estes resultados podem ser corroborados ao analisarmos os estudos de Davison *et al* (2002), Grassi *et al* (2008) e Sneeuw *et al* (1997) no qual, identificaram diferenças significativas entre os autorrelatos dos pacientes com os relatos dos proxys,

sendo que os relatos entre os proxys eram muito semelhantes, apresentando geralmente diferenças mínimas entre eles.

Relativamente ao segundo objetivo da presente investigação e tendo em conta os resultados, podemos afirmar que, em geral, as correlações entre os autorrelatos das crianças, os relatos dos pais e os relatos das mães são estatisticamente significativos e direcionam-se no sentido positivo.

Especificamente, as dimensões Afeto Positivo, Afeto Negativo, Satisfação com o Suporte Social e Bem-Estar Subjetivo Global apresentam correlações mais fortes entre os autorrelatos das crianças e os relatos dos pais, à exceção da dimensão que se refere à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde e à Satisfação com a Vida, em que a correlação mais forte se verifica entre a mãe e a criança.

Tendo em conta estes resultados, podemos concluir que contrariamente ao pai, a mãe apresenta uma relação mais forte com os relatos dos filhos em dimensões mais subjetivas e internas ao indivíduo, o que de acordo com Upton, Lawford e Eiser (2008) se prende com o facto de a mãe prestar mais cuidado, atenção, carinho e orientação às crianças comparativamente aos pais e, pelo facto de as mães estarem mais próxima das expectativas reais das próprias crianças.

Por último, e tendo em conta o terceiro objetivo da nossa investigação procurou identificar-se entre que grupos existiam acordos. De acordo com os resultados, podemos concluir que existe um acordo moderado entre a perceção da mãe e os autorrelatos da criança ($ICC = 0.532$; $p < 0.01$) concluindo ainda que os acordo entre criança-mãe é minimamente superior ao acordo entre a criança e o pai ($ICC = 0.527$; $p < 0.01$). Estes resultados são idênticos aos achados nos estudos de Edelbrock e colaboradores (1986), Gowan e colaboradores (1996), Chang e Yeh (2005), April, Feldman, Platt e Duffy (2006) e Koo e Li (2016) no qual foi possível observar uma concordância entre os relatos dos cuidadores e os autorrelatos dos pacientes, de baixo a moderado.

Contudo, e como tendencialmente se vem denotando ao longo deste estudo, os acordos entre os pais e as mães são fortes ($ICC = 0.750$; $p < 0.01$).

Vários autores referem que as diferenças de perspetivas entre crianças e proxys devem-se às características próprias do avaliador, desde estado psicológico a características sociodemográficas como idade e sexo, assim como a própria consciência, sensibilidade e tolerância no que se refere à Saúde e ao Bem-Estar (Moinpour et al, 2000; Glaser *et al*, 1997; Dolan & Robert, 2002; Upton, Lawford & Eiser, 2008). De acordo com Rotsika *et al* (2011) os adultos são capazes de fazer julgamentos tendo por base uma

grande variedade de indicadores de Saúde, enquanto as crianças consideram apenas as experiências concretas e recentes. Por exemplo, sabemos que o cancro é uma patologia silenciosa, ou seja, não provoca dor na maioria das vezes. Acontece que os adultos estão familiarizados com esta patologia e tem capacidades cognitivas para perceber que é uma doença potencialmente grave, mesmo não provocando dor. Uma criança com cancro poderá considerar mais depressa saúde baixa após uma dor de barriga por ter comido muitos chocolates, do que devido à doença oncológica.

Além disso, as expectativas podem representar outro fator que contribui para as diferenças entre os avaliadores. Ou seja, os pais e mães, tendem a perceber os próprios filhos, tendo em conta as suas próprias expectativas e preocupações, o que normalmente, não vai de encontro às expectativas dos filhos, pois pais e filhos não compartilham estas expectativas uns com os outros, afetando assim as avaliações que os pais realizam sobre os seus filhos (Robitail e colaboradores, 2006; Upton, Lawford & Eiser, 2008; Rotsika *et al*, 2011).

Schwimmer, Burwinke e Varni (2003) e Theunissen *et al* (1998) reforçam ainda a ideia de que algumas diferenças encontradas entre os relatos das crianças e os relatos fornecidos pelos pais se referem ao facto de a visão das crianças ser baseada nas suas próprias percepções e estados internos, enquanto a percepção dos pais é baseada na observação de comportamento. Da mesma forma, as crianças usam diferentes processos de resposta e interpretam os itens de forma diferente dos pais, daí não existir uma total concordância entre os relatos das crianças e a percepção dos pais (Davis, Nicolas, Waters, Cook, Gibbs, Gosch & Ravens-Sieberer, 2007).

Santos (2016) refere ainda que as diferenças entre os autorrelatos das crianças e as percepções dos pais e das mães, podem estar relacionadas com a baixa interação entre os progenitores e os filhos, devido a vários fatores. O mesmo autor, refere que a sobreposição da vida laboral à vida familiar e respetivas preocupações, priva os progenitores de usufruírem de tempo com qualidade para conviverem com os seus filhos e conseqüentemente perceber como eles se sentem, podendo trazer importantes implicações para o desenvolvimento, Saúde e Bem-Estar das crianças.

A entrada da mãe na meia-idade parece ser também um fator relacionado com as diferenças encontradas entre as percepções dos filhos, dos pais e das mães (Kerestes, Brkovic & Jagodic, 2012). Resultados indicam que a transição para a meia-idade provoca alterações ao nível da percepção, pois os indivíduos estão excessivamente preocupados com as mudanças no corpo (rugos, cor e queda de cabelo, alterações hormonais) que

sobrevalorizam a própria imagem, não prestando tanta atenção ao contexto envolvente (Kerestes, Brkovic & Jagodic, 2012).

5. Conclusão

As conclusões retiradas deste estudo poderão ter implicações para uma maior interação entre pais/mães e filhos, ajudando os progenitores a compreender como é importante saber escutar os próprios filhos, dedicando-lhes tempo e atenção para tentar compreender os seus sentimentos. Dispor de tempo para escutar o que a criança pensa, permitirá aos pais perceber a forma como as crianças se sentem em relação ao que acontece na sua vida. Em consequência, ao permitirem que os seus filhos se sintam correspondidos e compreendidos, estarão a contribuir para o desenvolvimento adequado dos mesmos, para um melhor Bem-Estar e felicidade de ambos.

Apesar de os dados obtidos representarem um modesto contributo para a compreensão do Bem-Estar Subjetivo das crianças e para o desenvolvimento positivo das mesmas, esta investigação apresenta algumas limitações. Uma das limitações prende-se com a logística inerente ao preenchimento dos questionários em contexto de sala de aula, pelas crianças, e à forma de distribuição dos questionários para ambos os progenitores. Dado que foram as crianças a responsabilizarem-se pela entrega dos consentimentos e inquéritos aos respetivos pais e mães, não há garantia de que foram os próprios pais e mães a preenchê-los, assim como não há garantia de que todos os pais foram devidamente contactados e motivados pelos filhos para o preenchimento do mesmo. Uma outra grande limitação está na influência da desejabilidade social para as respostas. Atendendo a que esta investigação tratou uma questão sensível, isto é, a perceção que os pais tinham do Bem-Estar Subjetivo das crianças, implicando a exposição dos pais e das crianças, teria sido importante acrescentar uma escala que permitisse avaliar a desejabilidade social.

Apesar destas limitações, a dimensão da amostra da presente investigação é bastante satisfatória, incluindo 1482 crianças de vários estabelecimentos de ensino dispersos pela região Norte do país e respetivos progenitores (1482 pais e 1482 mães). A amostra de adolescentes é homogénea relativamente ao género, com percentagens muito próximas de rapazes e raparigas inquiridas. Acrescente-se, ainda, o facto de esta investigação contribuir para a investigação pioneira da avaliação do Bem-Estar Subjetivo de crianças normativas e respetivas perceções tanto dos pais como das mães em amostras de crianças Portuguesas.

Espera-se que esta investigação contribua para dar um ponto de partida a futuras investigações no âmbito dos Bem-Estar Subjetivo das crianças e percepções dos pais.

De igual forma, seria interessante que as variáveis exploradas nos adolescentes fossem futuramente alvo de análise também nos pais, nomeadamente o Bem-Estar Subjetivo, pois aqui avaliamos apenas a percepção que o pai e a mãe têm do Bem-Estar Subjetivo dos filhos, sendo importante também avaliar o próprio Bem-Estar Subjetivo dos pais e das mães, pois de acordo com Guerreiro (2013) a insatisfação que os pais sentem em relação à própria vida, contribui para que os filhos desenvolvam pensamentos, com tendência a aumentar ao longo da vida. Por sua vez, se os pais demonstrarem uma atitude positiva e otimista perante a vida, os filhos irão desenvolver também uma perspectiva mais positiva ao longo da vida. Deste modo, percebemos que o bem-estar e a felicidade dos pais têm uma forte influência na felicidade dos seus filhos. Giacomoni, nos estudos que realizou em 2002, concluiu que para uma criança ser feliz necessita do apoio da família, classificando a família como a principal promotora de Bem-Estar Subjetivo infantil, uma vez que é a família quem supre as necessidades das crianças a vários níveis, ao longo do seu desenvolvimento.

O desenvolvimento de mais estudos acerca desta temática, baseados nas percepções dos pais relativamente ao Bem-Estar dos filhos poderá permitir que se trabalhe na promoção das qualidades positivas das crianças enquanto futura geração. Num momento em que o nosso país atravessa marcantes transformações que se refletem principalmente nas alterações da estrutura familiar e social, parece-nos relevante a contribuição massiva de estudos sobre o desenvolvimento de pessoas com uma estrutura psicológica sólida, confiantes, positivas, felizes e satisfeitas.

6. Referências Bibliográficas

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101* (2), 213-232.
- Adelman, E. E., Albert, S. M., Rabkin, J. G., Del Bene, M. L., Tider, T., & O'Sullivan, I. (2004). Disparities in perceptions of distress and burden in ALS patients and family caregivers. *Neurology*, *62*, 1766–1770.
- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *20* (2), 153-164.
- Andresen, E. M., Vahle, V. J., & Lollar, D. (2001). Proxy reliability: health-related quality of life (HRQoL) measures for people with disability. *Qual Life Res.*, *10*, 609–619.
- April, K., Feldman, D., Platt, R., & Duffy, C. (2006). Comparison between Children with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) and their parents concerning perceived Quality of Life. *Qual Life Res.*, *15* (4), 655-661. DOI: 10.1007/s11136-005-3690-1
- Arita, Y. B., Romano, S., García, N., & Félix, M. R. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, *10* (1), 93-102.
- Baum, A., & Posluszny, D. M. (1999). Health Psychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness. *Annual Review of Psychology*, *50*, 137-163. DOI: 10.1146/annurev.psych.50.1.137.
- Bartels, M., & Boomsma, D. I. (2009). Born to be happy? The etiology of subjective well-being. *Behaviors Genetics*, *39* (6), 605-615.
- Bello, A., & Casas, F. (2013). *Children's well-being from their own point of view: What affects the children's well-being in the first year of compulsory secondary education in Spain?* Madrid: UNICEF Spain.
- Bisquerra, R., Sarriera, J. C., & Martinez, F. (2004). *Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Bordwine, V., & Huebner, S. (2010). The Role of Coping in Mediating the Relationship Between Positive Affect and School Satisfaction in Adolescents. *Child Ind Res*, 3, 349–366. DOI: 10.1007/s12187-010-9063-5.
- Borges, A., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2011). Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afetivos e Cognitivos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2), 281-291.
- Bradburn, N. M. (1969). *The Structure Of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Bradshaw, J., Keung, A., Rees, G., & Goswami, H. (2011). Children's subjective well-being: International comparative perspectives. *Children and Youth Services Review*, 33 (4), 548-556.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M., & Link, K. E. (1993). Integrating Bottom-Up and Top-Down Theories of Subjective Well-Being: The Case of Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, (4), 646-653.
- Carmen, R., García-Viniegras, V., & Benítez, I. G. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 16 (6), 586-592.
- Chang, P. C., & Yeh, C. H. (2005). Agreement between child self-report and parent proxy-report to evaluate quality of life in children with cancer. *Psychooncology*, 14 (2), 125-134.
- Cloninger, C. R. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. New York: Oxford University Press.
- Cloninger, C. R. (2008). The psychobiological theory of temperament and character: comment on Farmer and Goldberg. *Psychol. Assess.*, 20, 292–299. DOI: 10.1037/a0012933.
- Coventry, W. L., Gillespie, N. A., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2004). Perceived social support in a large community sample – Age and sex differences. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 39, 625-636. DOI: 10.1007/s00127-004-0795-8.
- Coucill, W., Bryan, S., Bentham, P., Buckley, A., & Laight, A. (2001). EQ-5D in patients with dementia: an investigation of inter-rater agreement. *Med Care*, 39, 760 –771.

- Crawford, J. R., & Hanry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *43* (3), 245-265. DOI: 10.1348/0144665031752934.
- Davis, E., Nicolas, C., Waters, E., Cook, K., Gibbs, L., Gosch, A., & Ravens-Sieberer, U. (2007). Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: using qualitative methods to explain the discordance. *Qual Life Res.*, *16* (5), 863-871. DOI:10.1007/s11136-007-9187-3.
- Davison, B. J., Gleave, M. E., Goldenberg, S. L., Degner, L. F., Hoffart, D., & Berkowitz, J. (2002). Assessing information and decision preferences of men with prostate cancer and their partners. *Cancer Nurs.*, *25* (1), 42-49.
- De Rose, J. C. C. (2001). O relato verbal segundo a perspectiva da análise do comportamento: contribuições conceituais e experimentais. In R. A. Banaco (Org.). *Sobre comportamento e cognição: Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista* (pp. 140-153). Santo André: ESETec.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology*, *49*, 14-23.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, *95* (3), 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, *55* (1), 34-43.
- Diener, E. (2009). Subjective well-being. In E. Diener (Ed.). *The science of subjective well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 11-58). New York, NY: Springer.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will Money Increase Subjective Well-Being? *Social Indicators Research*, *57* (2), 119-169.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larson, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49* (1), 71-75.

- Diener, E., & Lucas, R. F. (2000). Subjective emotional well being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Orgs). *Handbook of Emotions* (pp.325-337). New York: Guilford.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, *54*, 403-425.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: a general overview. *South African Journal of Psychology*, *39* (4), 391-406.
- Diener, E., Sandvik, E., & Pavot, W. (1991). Happiness is the frequency, not the intensity, of positive versus negative affect. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds). *Subjective well-being* (pp. 119-139). Oxford: Pergamon.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125* (2), 276-302.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent Findings on Subjective Well-Being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, *3*, 1-24.
- Dinisman, T., Montserrat, C., & Casas, F. (2012). The subjective well-being of Spanish adolescents: Variations according to different living arrangements. *Children and Youth Services Review*, *34* (12), 2374-2380.
- Dolan, P., & Roberts, J. (2002). To what extent can we explain time trade-off values from other information about respondents? *Soc Sci Med.*, *54*, 919–929.
- Dorman, P. J., Waddell, F., Slattery, J., Dennis, M., & Sandercock, P. (1997). Are proxy assessments of health status after stroke with the EuroQol questionnaire feasible, accurate, and unbiased? *Stroke*, *28*, 1883–1887.
- Edelbrock, C., Costello, A.J., Dulcan, M. K., Conover, N. C., & Kalas, R. (1989). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *27*, 181–190.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Arch Dis Child*, *84*, 205–211.

- Fave, A. D., Wissing, M. P., Brdar, I., Vella-Brodrick, D., & Freire, T. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research, 100* (2), 185-207.
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M. & Tan, V. (1995). Integrating Top-Down and Bottom-Up Structural Models of Subjective Well-Being: A Longitudinal Investigation. *Journal of Personality and Social Psychology, 68* (1), 138-150.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1993). The structure, stability and correlations of the trait components of conduct disorder, attention deficit and anxiety/withdrawal report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34*, 749–766.
- Fernandes, L., Mendes, A., & Teixeira, A. (2013). Assessing child well-being through a new multidimensional child-based weighting scheme index: An empirical estimation for Portugal. *The Journal of Socio-Economics, 155* - 174.
- Franzblau, A. N. (1958). *A primer of statistics for non-statisticians*. Nova York: Harcourt.
- Frauenglass, S., & Routh, D. K. (1999). Assessment of the disruptive behavior disorders: Dimensional and categorical approaches. In H. C. Quay & A. E. Hogan, (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (pp. 49-71). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment, 3* (1). DOI: 10.1037/1522-3736.3.1.31a
- Freire, T., Zenhas, F., Tavares, D., & Iglésias, C. (2013). Felicidade Hedónica e Eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. *Análise Psicológica, 4* (31), 329-342.
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life Satisfaction Set Point: Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology, 88* (1), 158–164.
- Galinha, I. (2008). *Bem-Estar Subjetivo: fatores cognitivos, afetivos e contextuais*. Coimbra: Quarteto.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, saúde & doenças, 6* (2), 203-214.

- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2008). Structure and stability of subjective well-being: A structure equation modelling analysis. *Applied Research in Quality of Life*, 3, 293-314.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2 (1), 34–53.
- Galinha, I., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia*, 28 (1).
- Garcia, A., & Pereira, P. C. C. (2008). Amizade na infância: um estudo empírico. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 9 (1), 25-34.
- Garcia, D., & Siddiqui, A. (2009). Adolescents' psychological well-being and memory for live events: Influences on life satisfaction with respect to temperamental dispositions. *Journal of Happiness Studies*, 10, 407-419.
- Gaspar, T., & Gaspar de Matos, M. (2009). Estar Bem e Sentir-se Bem. In M. Gaspar de Matos & D. Sampaio (Eds.). *Jovens com Saúde* (pp. 132-140). Lisboa: Texto Editores.
- Gaspar, T., & Matos, M. G. (2008). *Qualidade de vida em crianças e adolescentes versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52*. Cruz Quebrada: Gráfica Europam.
- Gaspar, T., Ribeiro, J., Leal, I., Matos, M., & Ferreira, A. (2009). Adaptation and validation of Social Support Satisfaction Scale for children and adolescents. *Spanish Journal of Psychology*, 12 (1), 360-372.
- Giacomoni, C. (2002). *Bem-estar subjetivo infantil: conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação*. Tese de Doutoramento Apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-Estar Subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12 (1).
- Giacomoni, C., Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2014). A visão das crianças sobre a felicidade. *Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 18 (1), 143-150.

- Giannopoulos, V. L., & Vella-Brodrick, D. A. (2011). Effects of positive interventions and orientations to happiness on subjective well-being. *The Journal of Positive Psychology, 6* (2), 95–105.
- Gilman, R., & Huebner, S. (2003). A Review of Life Satisfaction Research with Children and Adolescents. *School Psychology Quarterly, 18* (2), 192–205.
- Gilman, R., & Huebner, S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence, 35*, 311-319.
- Glaser, A. W., Davies, K., Walker, D., & Brazier, D. (1997). Influence of proxy respondents and mode of administration on health status assessment following central nervous system tumours in childhood. *Qual Life Res., 6*, 43–53.
- Gowen, L. C., Johnson, B. L., Latour, A. M., Sulik, K. K., Koller, B. H. (1996). Brca1 deficiency results in early embryonic lethality characterized by neuroepithelial abnormalities. *Nat. Genet., 12* (2), 191-194.
- Grassi, L. M. D., Indeili, M. M. D., Maltoni, M. M. D., Falcini, F. M. D., Fabbri, L. M. D., & Indeili, R. M. D. (1996). Quality of life of homebound patients with advanced cancer: assessments by patients, family members, and oncologists. *J Psychosocial Oncol., 14*, 31– 45.
- Grassi, G., Monni, S., Federici, S., Achard, F., & Mollicone, D. (2008). Applying the conservativeness principle to REDD to deal with the uncertainties of the estimates. *Environmental Research Letters, 3* (33), 1-12.
- Grimley-Evans, J. (1992). Quality of Life assessments and elderly people. In: A. Hopkins, (Ed.). *Measures of Quality of Life and the uses to which such measures may be put*, (pp.107-116). Royal College of Physicians of London.
- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquière, P., & Hellinckx, W. (2004). Comparison of mothers', fathers', and teachers' reports on problem behavior in 5-to 6-years-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26* (2), 137-146.
- DOI:10.1023/B:JOBA.0000013661.14995.59

- Guerreiro, A. M. S. (2013). *O papel das práticas parentais no desenvolvimento e no bem-estar subjetivo da criança*. Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Educação. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Guterres, M. C. (2002). *Suporte Social e Qualidade de Vida em pessoas com perturbações mentais crónicas apoiadas por serviços comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Guyatt, G. H., Juniper, E. F., Griffith, L. E., Feeny, D. H., & Ferrie, P. J. (1997). Children and adult perceptions of childhood asthma. *Pediatrics*, *99*, 165–168.
- Hay, D. F., Pawlby, S., Sharp, D., Schmucker, G., Mills, A., Allen, H., & Kumar, R. (1999). Parents' judgements about young children's problems: Why mothers and fathers might disagree yet still predict later outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *40*, 1249–1258.
- Hays, R. D., Vickrey, B. G., Hermann, B. P., Perrine, K., Cramer, J., Meador, K., Spritzer, K., & Devinsky, O. (1995). Agreement between self reports and proxy reports of quality of life in epilepsy patients. *Qual Life Res.*, *4*, 159–168.
- Hays, R. D., Wells, K. B., Sherbourne, C. D., Rogers, W., & Spritzer, K. (1995). Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Arch Gen Psychiatry*, *52*, 11-19.
- Helgeson, V. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, *12* (1), 25-31.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a Structured Psychiatric Interview for Children: Agreement Between Child and Parent on Individual Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *10* (3), 307-324.
- Huebner, E. S. (1991a). Initial development of the student's life satisfaction scale. *School Psychology International*, *12*, 229-238.
- Huebner, E. S. (1991b). Conjoint analyses of the students' life satisfaction scale and the Piers-Harris self-concept scale. *Psychology in the Schools*, *31*, 273-277.

- Huebner, E. S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment, 6* (2), 149-158.
- Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction on children and adolescents. *Social Indicators Research, 66*, 3-33.
- Jardim, R., Barreto, S. M., & Giatti, L. (2010). Confiabilidade das informações obtidas de informante secundário em inquéritos de saúde. *Cad. Saúde Pública, 26* (8), 1537-1548.
- Jonson, L. C., & Gross, M. T. (1997). Intraexaminer Reliability, Interexaminer Reliability, and Mean Values for Nine Lower extremity Skeletal Measures in Healthy Naval Midshipmen. *J Orthop Sports Phys Ther., 25* (4), 253-263.
- Joshanloo, M., & Nosratabdi, M. (2009). Levels of Mental Health Continuum and Personality Traits. *Soc Indic Res, 90*, 211-224. DOI: 10.1007/s11205-008-9253-4.
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell-Sage.
- Keyes, C. L. M. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research world wide: an introduction. *Social Indicators Research, 77* (1), 1-10.
- Kerestes, G., Brkovic, I., & Jagodic, G.K. (2012). Predictors of psychological well-being of adolescents' Parents. *Journal of Happiness Studies, 13*, 1073-1089.
- Khan, A., & Husain, A. (2010). Social Support as a Moderator of Positive Psychological Strengths and Subjective Well-Being. *Psychological Reports, 106* (2), 534-538.
- King, A. L., Huebner, S., Suldo, S. M., & Valois, R. F. (2006). An Ecological View of School Satisfaction in Adolescence: Linkages Between Social Support and Behavior Problems. *Applied Research in Quality of Life, 1* (3), 279-295.
- Kirana, P.S., Rosen, R., & Hatzichristou, D. (2009). Subjectivewell-being as a determinant of individuals' responses to symptoms: a biopsychosocial perspective. *The International Journal of Clinical Practice, 63* (10), 1435-1445.
- Knight, S. J., Chmiel, J. S., Sharp, L. K., Kuzel, T., Nadler, R. B., Fine, R., Moran, E. M., Sharifi, R., & Bennett, C. L. (2001). Spouse ratings of quality of life in patients

with metastatic prostate cancer of lower socioeconomic status: an assessment of feasibility, reliability, and validity. *Urology*, *57*, 275–280.

Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med.*, *15* (2), 155-163. DOI: 10.1016/j.jcm.2016.02.012.

Kohlsdorf, M., & Junior, A. L. C. (2009). O Autorrelato na pesquisa em psicologia da saúde: Desafios metodológicos. *Psicol. Argum. Curitiba*, *27* (57), 131-139.

Larsen, R. J., & Eid, M. (2008). Ed Diener and the science of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.). *The science of subjective well-being* (pp. 1–16). New York: The Guilford Press.

Lewis, A. D., Heubner, E. S., Malone, P. S., & Valois, R. F. (2011). Life Satisfaction and Student Engagement in Adolescents. *J Youth Adolescence*, *40*, 249-262.

Levy, L., & Jonathan, E. (2010). Minha família é legal? A família no imaginário infantil. *Estudos de Psicologia*, *27* (1), 49-56.

Locke, J. (1975). *An essay concerning human understanding*. Oxford, England: Oxford University Press.

Lucas, R., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant Validity of Well-Being Measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *71* (3), 616-628.

Lyubomirsky, S. (2008). *La ciencia de la felicidad: un método probado para conseguir el bienestar*. Barcelona: Ediciones Urano.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005) The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, *131* (6), 803–855.

Magaziner, J., Simonsick, E. M., Kashner, T. M., & Hebel, J. R. (1988). Patient-proxy response comparability on measures of patient health and functional status. *J Clin Epidemiol.*, *41*, 1065–1074.

Marcellino, N. C. (1996). *Estudos do lazer: uma introdução*. Campinas.

- Mathias, S. D., Bates, M. M., Pasta, D. J., Cisternas, M. G., Feeny, D., & Patrick, D. L. (1997). Use of the Health Utilities Index with stroke patients and their caregivers. *Stroke*, 28, 1888–1894.
- Matos, M., & Sardinha, S. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. In L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (Eds.), *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: FMH.
- McConaughy, S. H. (1992). Objective assessment of children's behavioral and emotional problems. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (pp. 163–180). Oxford, England: John Wiley & Sons, Inc.
- Measelle, J. R., John, O. P., Ablow, J. C., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2005). Can children provide coherent, stable, and valid self-reports on the big five dimensions? A longitudinal study from ages 5 to 7. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (1), 90-106.
- Meyer, G. J., & Kurtz, J. E. (2006). Advancing personality assessment terminology: time to retire “objective” and “projective” as personality test descriptors. *Journal of Personality Assessment*, 87 (3), 223-225.
- Moak, Z. B., & Agrawal, A. (2009). The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *J. Public Health*, 32 (2), 191–201.
- Moinpour, C. M., Lyons, B., Schmidt, S. P., Chansky, K., & Patchell, R. A. (2000). Substituting proxy ratings for patient ratings in cancer clinical trials: an analysis based on a Southwest Oncology Group trial in patients with brain metastases. *Qual Life Res.*, 9, 219–231.
- Montero, I., & León, O., G. (2007). A guide for naming research studies un Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2004). The influence of parent and peer attachments on life satisfaction in middle childhood and early adolescence. *Social Indicators Research*, 66 (1), 35-60.

- Novella, J. L., Jochum, C., Jolly, D., Morrone, I., Ankri, J., Bureau, F., & Blanchard, F. (2001). Agreement between patients' and proxies' reports of quality of life in Alzheimer's disease. *Qual Life Res.*, *10* (5), 443-452.
- Novo, R. (2003). *Para Além da Eudaimonia – O bem - estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Nunes, P. (2007). *Psicologia positiva*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Coimbra.
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Giacomoni, C. (2009). Associação entre Bem-estar Subjetivo e Personalidade no Modelo dos Cinco Grandes Fatores. *Avaliação Psicológica*, *8* (1), 99-108.
- Oishi, S., Diener, E., & Lucas, E. E. (2007). The Optimum Level of Well-Being: Can People be too Happy? *Perspectives on Psychological Science*, *2* (4), 346-360.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1948). *Officials Records of the World Health Organization*. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2011). *Código Deontológico*. Diário da República: II série, Nº 246/2. Acedido a 09 Jan. 2017.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, *5* (2), 164-172.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal Of Personality Assessment*, *57* (1), 149-161.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, E. P. (2005). Orientations to Happiness and Life Satisfaction: The Full Life Versus The Empty Life. *Journal of Happiness Studies*, *6*, 25-41. DOI 10.1007/s10902-004-1278-z.

- Pickard, A. S., Johnson, J. A., Feeny, D. H., Shuaib, A., Carriere, K. C., & Nasser, A. M. (2004). Agreement between patient and proxy assessments of health-related quality of life after stroke using the EQ-5D and Health Utilities Index. *Stroke*, *35*, 607–612.
- Pickard, A. S., & Knight, S. J. (2005). Proxy evaluation of health-related quality of life – a conceptual framework for understanding multiple proxy perspectives. *Medical Care*, *43* (5), 493-499.
- Pierre, U., Wood-Dauphinee, S., Korner-Bitensky, N., Gayton, D., & Hanley, J. (1998). Proxy use of the Canadian SF-36 in rating health status of the disabled elderly. *J Clin Epidemiol.*, *51*, 983–990.
- Poletto, M. (2011). *Bem-estar subjetivo: Um estudo longitudinal com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social* (Tese de doutoramento apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia.
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2011). Bem-estar Subjetivo em Crianças e Adolescentes em Situação de Vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *24* (3), 476-484.
- Ramos, P., Moreno, C., Rivera, F., & Pérez, P. J. (2010). Integrated analyses of the health and social inequalities of Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *10*, 477-498.
- Ravens-Sieberer, U., Erthart, M., Gosch, A., & Wille, N. (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries—results from the European Kidscreen study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15* (3), 154-163. DOI: 10.1002/cpp.574
- Remédios, C. I. (2010). *O Bem-Estar Psicológico e a Promoção das Competências Pessoais e Sociais na Adolescência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, *3* (17), 547-558.
- Robitaille, T. P., Whitney, B. A., Indebetouw, R., Wood, K., & Denzmore, P. (2006). Interpreting Spectral Energy Distributions from Young Stellar Objects. I. A Grid of

200,000 YSO Model SEDs. *The Astrophysical Journal Supplement Series*, 167 (2), 256-285.

Rocha & Moreira, P. (2010). *Escala de Tonalidade Emocional*. Manuscrito não publicado. Universidade Lusíada do Porto.

Ronen, G. M., Streiner, D. L., Rosenbaum, P., & The Canadian Pediatric Epilepsy Network. (2003). Health-related quality of life in children with epilepsy: development and validation of self-report and parent proxy measures. *Epilepsia*, 44, 598–612.

Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (org.). *Handbook of Child Psychology* (pp.105-176).

Rothwell, P. M., McDowell, Z., Wong, C. K., & Dorman, P. J. (1997). Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *BMJ*, 314, 1580 –1583.

Rotsika, V., Coccossis, M., Vlassopoulos, M., Papaeleftheriou, E., Sakellariou, K., Anagnostopoulos, D. C., Kokkevi, A., & Skevington, S. (2011). Does the subjective quality of life of children with specific learning disabilities (SpLD) agree with their parents' proxy reports? *Qual Life Res.*, 20, 1271–1278. DOI: 10.1007/s11136-011-9857-z.

Russel, K., Hudson, M., Long, A., & Phipps, S. (2006). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children with Cancer. Consistency and Agreement between Parent and Child Reports. *Cancer*, 106 (10), 2267-2274.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness And Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 141–166.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In O. P. John, R. W. Robbins & L. A. Pervin (Eds.). *Handbook of Personality: Theory and Research* (pp. 654-678). New York: The Guilford Press.

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727.
- Santos, T. (2008). *Qualidade de Vida em Crianças: Fatores Pessoais e Sociais Promotores da Qualidade de Vida*. (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Santos, A. S. C. (2016). *Perceção dos Estilos Educativos Parentais e sua relação com o bem-estar subjetivo e com a confiança interpessoal na adolescência: um estudo com adolescentes e seus pais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sarason, I. G., Pierce, R. P., & Sarason, B. R. (1994). General and Specific Perceptions of Social Support. In W. Avison & I. H. Gotlib (Eds.). *Stress and Mental Health: Contemporary Issues and Prospects for the Future* (pp. 151-178). New York: Plenum Press.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139. DOI: 10.1037/00223514.44.1.127.
- Sawyer, M., Antoniou, G., Toogood, I., & Rice, M. (1999). A comparison of parent and adolescent reports describing the health-related quality of life of adolescents treated for cancer. *Int J Cancer Suppl.*, 12, 39-45.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 9 (14), 1813-1819.
- Seiffge-Krenke, I., & Kollmar, F. (1998). Discrepancies between Mothers' and Fathers' Perceptions of Sons' and Daughters' Problem Behaviour: A Longitudinal Analysis of Parent-Adolescent Agreement on Internalising and Externalising Problem Behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (5), 687-697. DOI: 10.1111/1469-7610.00368
- Semedo, M. (2010). *Emoções mistas: Integração Social e Académica dos Alunos Provenientes dos PALOP*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in Happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7, 55-86.
- Sheldon, K. M., & Hoon, T. H. (2006). The Multiple Determination of Well-Being: Independent effects of positive traits, needs, goals, selves, social supports, and cultural contexts. *Journal of Happiness Studies*, 8, 565–592. DOI 10.1007/s10902-006-9031-4.
- Silva, E. N. (2009). Coping e Dimensões afetivas do Bem-Estar Subjectivo: Um estudo com Trabalhadores da Educação. (Tese de Mestrado não publicada). Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Silva, A. B., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2010). Escola e Bem-Estar Subjectivo nas crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 1, 117-140.
- Silverman, W. K., & Rabian, B. (1999). Rating scales for anxiety and mood disorders. In D. Shaffer, C. P. Lucas, & J. E. Richters (Eds.). *Diagnostic assessment in child and adolescent psychopathology* (pp. 127–166). New York: Guilford.
- Simões, A., Ferreira, J. A. G. A., Lima, M. P., Pinheiro, M. R. M. M., Vieira, C. M. C., Matos, A. P. M., & Oliveira, A. L. (2003). O Bem-Estar Subjetivo: Estado Actual dos Conhecimentos. *Psicologia Educação e Cultura*, 4 (2), 243-279.
- Simonoff, E., Pickles, A., Hewitt, J., Silberg, J., Rutter, M., Loeber, R., Meyer, J., Neale, M., & Eaves, L. (1995). Multiple raters of disruptive child behavior: Using a genetic strategy to examine shared views and bias. *Behavior Genetics*, 25, 311–326.
- Siqueira, A. C. (2006). *Instituições de Abrigo, Família e Redes de Apoio Social e Afetivo em Transições Ecológicas na Adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), 201-209.

- Sneeuw, K. C., Aaronson, N. K., Sprangers, M. A., Detmar, S. B., Wever, L. D., & Schornagel, J. H. (1997). Value of caregiver ratings in evaluating the quality of life of patients with cancer. *J Clin Oncol.*, *15*, 1206–1217.
- Sneeuw, K. C., Aaronson, N. K., Sprangers, M. A., Detmar, S. B., Wever, L. D., & Schornagel, J. H. (1998). Comparison of patient and proxy EORTC QLQ-C30 ratings in assessing the quality of life of cancer patients. *J Clin Epidemiol.*, *51*, 617–631.
- Sneeuw, K. C., Albertsen, P. C., & Aaronson, N. K. (2001). Comparison of patient and spouse assessments of health related quality of life in men with metastatic prostate cancer. *J Urol.*, *165*, 478–482.
- Souza, L. K., Sperb, T. M., McCarthy, S., & Biaggio, A. (2006). Brazilian children's conceptions of peace, war, and violence. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, *12* (1), 49-63.
- Stancliffe, R. J. (2000). Proxy respondents and the Quality of Life Questionnaire empowerment factor. *Journal of Intellectual Disability Research*, *43*, 185-193.
- Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, *22*, 107–115.
- Suldo, S. M., & Huebner, E. S. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, *78*, 179-203.
- Tamim, H., McCusker, J., & Dendukuri, N. (2002). Proxy reporting of quality of life using the EQ-5D. *Med Care*, *40*, 1186–1195.
- Teodoro, M. L. M. (2009). Família, bem-estar e qualidade de vida de crianças e adolescentes. In V. G. Haase, F. O. Ferreira & F. J. Penna (Eds.). *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e na adolescência* (pp. 111-122). Belo Horizonte: Coopmed.
- Terracciano, A., McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). Factorial and construct validity of the Italian Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *European Journal of Psychological Assessment*, *19* (2), 131–141.

- Terris, M. (1975). Approaches to an epidemiology of health. *Am. J. Public Health*, 65 (10), 1037-1045.
- The Kidscreen Group Europe. (2006). *The Kidscreen Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Theunissen, N. C., Vogels, T. G., Koopman, H. M., Verrips, G. H., Zwinderman, K. A., Verloove-Vanhorick, S. P., & Wit, J. M. (1998). The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Qual Life Res.*, 7 (5), 387-397. DOI: 10.1023/A:1008801802877.
- Tomé, G., Gaspar de Matos, M., Camacho, I., Simões, C., & Dinis, J. A. (2010). Estilo de Vida dos Adolescentes Socialmente Isolados. In T. Gaspar & M. Gaspar de Matos (Eds.). *Journal of Child and adolescent psychology* (pp. 135-156). Lisboa: Universidade Lusíada.
- Upton, P., Lawford, J., & Eiser, C. (2008). Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature. *Qual Life Res*, 17, 895-913. DOI: 10.1007/s11136-008-9350-5
- Van Den Tweel, X. W., Hatzmann, J., & Ensink, E. (2008). Quality of life of female caregivers of children with sickle cell disease: A survey. *Haematologica*, 93, 588-593.
- Veenhoven, R. (1991). Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwartz (Eds.). *Subjective well-being: an interdisciplinary perspective* (pp. 7-26). Pergamon Press: Oxford.
- Vitorino, M. L. (2016). *Satisfação com o suporte social e qualidade de vida em jovens adultos com e sem condições crónicas de saúde*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.
- Wake, M., Hesketh, K., & Lucas, J. (2000). Teething and tooth eruption in infants: A cohort study. *Pediatrics*, 106 (6), 1374-1379.

- Wattermann, A. S. (1993). Two Conceptions of Happiness: Contrasts of Personal Expressiveness (Eudaimonia) and Hedonic Enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64* (4), 678-691.
- Waterman, A., Schwartz, J., & Conti, R. (2008). The implications of two conceptions of happiness (hedonic enjoyment and eudaimonia) for the understanding of intrinsic motivation. *Journal of Happiness Studies*, *9*, 41-79.
- Waters, E., Stewart-Brown, S., & Fitzpatrick, R. (2003). Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child Care Health Dev.*, *29* (6), 501-509.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, *96* (3), 465-490. DOI: 10.1037/0033-2909.96.3.465
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54* (6), 1063-1070.
- Weinfurt, K. P., Trucco, S. M., Willke, R. J., & Schulman, K. A. (2002). Measuring agreement between patient and proxy responses to multidimensional health-related quality-of-life measures in clinical trials. An application of psychometric profile analysis. *J Clin Epidemiol.*, *55*, 608–618.
- Wheeler, A. C., Skinner, D. G., & Bailey, D. B. (2008). Perceived quality of life in mothers of children with fragile X syndrome. *American Journal on Mental Retardation*, *113*, 159–177.
- Wiedebusch, S., Pollmann, H., Siegmund, B., & Muthny, F. A. (2008). Quality of life, psychosocial strains and coping in parents of children with haemophilia. *Haemophilia*, *14* (5), 1014-1022. DOI: 10.1111/j.1365-2516.2008.01803.x.
- Woyciekoski, C., Natividade, J. C., & Hutz, C. S. (2014). As Contribuições da Personalidade e dos Eventos de Vida para o Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *30* (4), 401-409.